

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ του ΛΑΡΥΓΓΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Υπεύθυνη καθηγήτρια
Μπατσολάκη Μαρία

Σπουδάστρια
Γκιώνη Σοφία

ΠΑΤΡΑ 1994



Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν
και ιδιαίτερα την καθηγήτριά μου κ.
Μπατσολάκη Μαρία.

Αφιερώνεται στους
γονείς μου.

Πρέπει να πιστεύουμε πως ο καρκίνος πολύ σύντομα θα νικηθεί οριστικά. Στην πάλη εναντίον του, νικητής δεν μπορεί να είναι παρά μόνο η ισχυρότερη δύναμη πάνω στον πλανήτη:

Το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1226
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
----------------	---

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	3
2. ΔΙΑΚΡΙΣΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ	5

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	8
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	18
3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	21

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	27
2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	31
3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ	33
4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	36
5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	38
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	40
7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	42
8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	45
9. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣΕΩΣ	47

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ

1. ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ	49
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ	51

3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ	53
----------------------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	56
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ	63
3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	67
4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ	69
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	75
6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	84

ΜΕΡΟΣ ΕΚΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	89
α. Νοσηλευτική φροντίδα προεγχειρητικής φάσης	89
β. Νοσηλευτική φροντίδα διεγχειρητικής φάσης	93
γ. Νοσηλευτική φροντίδα μετεγχειρητικής φάσης	96
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	100
α. Νοσηλευτική φροντίδα προεγχειρητικής φάσης	100
β. Πρακτικές αρχές χημειοθεραπείας	101
γ. Προστασία του αρρώστου	102
1. Νοσηλευτική Φροντίδα	102
2. Πληροφόρηση - Εκπαίδευση του Αρρώστου	104
3. Ψυχολογική Υποστήριξη	106
δ. Προστασία του προσωπικού: Προσέγγιση - Ενημέρωση	108

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	111
<i>α.</i> Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας	113
<i>β.</i> Ανεπιθύμητες ενέργειες - Επιπλοκές ακτινοθεραπείας	113
<i>γ.</i> Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων	116
<i>δ.</i> Νοσηλευτική φροντίδα	118
<i>ε.</i> Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας	125

ΜΕΡΟΣ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ	128
<i>α.</i> Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	128
<i>β.</i> Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	129
<i>γ.</i> Περιποίηση τραχειοτομής και τραχειοστομίου	131
<i>δ.</i> Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα	133
<i>ε.</i> Αλλαγή τραχειοσωλήνα	135
<i>στ.</i> Αποκατάσταση του ασθενούς	138
2. ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ - ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ 142	
<i>α.</i> Την κατάλληλη ψυχολογική βοήθεια ώστε ο ασθενής να ακολουθεί τις νοσηλευτικές οδηγίες του όλου προγράμματος θεραπείας	144
<i>β.</i> Αποδοχή της τραυματικής εμπειρίας της καινούργιας εικόνας μόνιμης τραχειοστομίας	147
<i>γ.</i> Νοσηλευτική βοήθεια για επαναφορά και αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία από την οικογένειά του.	148

ΜΕΡΟΣ ΟΓΔΩΟ

ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΛΙΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΛΙΟΥ	151
2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	154

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α	157
2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β	166
ΒΗΛΟΓΟΣ	174
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	176

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθένειες είναι τόσο εξατομικευμένες και ιδιαίτερες όσο είναι και οι άνθρωποι που τις παρουσιάζουν. Ο καρκίνος ιδιαίτερα, φαίνεται να παρουσιάζει ένα σύνολο από δικά του χαρακτηριστικά. Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστειας, με την κρίση και τα δάκρυα, που προκαλεί η εμφάνιση μιας άλλης αρρώστειας.

Ο καρκινοπαθής ασθενής έχει και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό χρειάζεται να αντιμετωπιστεί τόσο σαν ασθενής που παρουσιάζει έντονα θορυβώδη συμπτώματα στο χώρο του Νοσοκομείου, όσο και σαν χρόνιος άρρωστος.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα, που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Στο νοσηλευτικό έργο συναντούμε την εξαιρετη και θαυμαστή αυτή ενότητα που καλείται άνθρωπος, που δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο με τις επιστήμες της ανατομίας, της φυσιολογίας, της φυσικής, της χημείας και των άλλων μη ανθρωπιστικών επιστημών. Ο άνθρωπος υπάρχει σαν πρόσωπο με υψηλό προορισμό, με πίστη, φιλοσοφία ζωής, κοινωνικούς δεσμούς, με προβλήματα και συγκρούσεις.

Έτσι λοιπόν, ο ασθενής ο οποίος ξέρει ότι πάσχει από καρκίνο έχει ψυχολογικά επηρεαστεί από την πραγματικότητα αυτή και έχει ανάγκη από μια νοσηλεύτρια, που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητές της όταν τον νοσηλεύει. Τότε όμως η νοσηλεύτρια δίνει στον άρρωστο με καρκίνο αυτό που πραγματικά έχει ανάγκη, όταν αναγνωρίζει τα αισθήματά της για τη ζωή και το θάνατο και τότε θερίζει τη μεγαλύτερη αμοιβή από την εργασία της, την αμοιβή της ολοκλήρωσής της προσωπικότητάς της.

Σήμερα αρχίζει να ανατέλει η πίστη μέσα στους νοσηλευτικούς κύκλους, πως η άσκηση της ογκολογικής νοσηλευτικής -εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει- έχει και πολλές ικανοποιήσεις, επειδή η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Πιστεύεται ότι τα νεοπλάσματα εμφανίστηκαν από τότε που υπάρχει ζωή. Αυτά έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και το Γαληνό, οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Ακόμη η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτό που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Johannes Muffer το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.

Ο οργανισμός του ανθρώπου, όπως και των ζώων και των φυτών, αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ συντομότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Τη θέση των νεκρών κυττάρων παίρνουν τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα. Η κυτταρική αυτή κοσμογονία γίνεται με ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξεως και συστήματος και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Μένουμε όμως ουσιαστικά πάντοτε οι ίδιοι; Από την αρμονική συμβίωση και την κανονική λειτουργία του απέραντου κυτταρικού κόσμου, που συνθέτει ο οργανισμός μας, εξαρτάται η υγεία, η ύπαρξη, η ζωή μας. Η επιστήμη ονομάζει την θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβιώσεως των κυττάρων μας " ομοιοστασία ".

Το νεόπλασμα, διαταραχή της " ομοιοστασίας " των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά, αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στην λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απείθαρχων, επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξή τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό σε θάνατο.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλόηθες ή κακόηθες. Το καλόηθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Το κακόηθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβές στον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική εξφάνιση.

Ο "καρκίνος", που όπως αναφέρθηκε είναι γνωστός από τον Ιπποκράτη, εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από αρρώστιες και διασπορά ανώμαλων κυττάρων. Αυτή η ομάδα ασθενειών,

- Εμφανίζεται σε διάφορους ιστούς και όργανα.
- Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και ταχύτητα ανάπτυξης.
- Μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία αναπτύξεως στο άτομο που εκδηλώνεται.
- Συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα είδη θεραπείας που εφαρμόζονται σε αυτά.

2. ΔΙΑΚΡΙΣΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται σε σχέση με την καλοήθη ή την κακοήθη μορφή τους, και με τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αρχίζουν την ανάπτυξή τους.

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα όλα τα ονόματα των νεοπλασμάτων τελειώνουν με την κατάληξη "ώμα" ενώ το πρώτο μέρος της λέξεως καθορίζει τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αναπτύχθηκε. Όταν στο σχηματισμό του νεοπλάσματος λαμβάνουν μέρος περισσότεροι ιστοί από ένα, τότε η ονομασία του νεοπλάσματος είναι περιγραφική.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

<u>Ιστός ή όργανο</u>	<u>Καλοήθες</u>	<u>Κακοήθες</u>
<i>Συνδετικός ιστός</i>		
• Εμβρυϊκός, ινώδης ιστός	Μύξωμα	Σάρκωμα
• Ινώδης ιστός	Ίνωμα	Μυξοσάρκωμα
• Λιπώδης ιστός	Λίπωμα	Λιποσάρκωμα
• Χόνδρος	Χόνδρωμα	Χονδροσάρκωμα
• Οστούν (κόκκαλο)	Οστέωμα	Οστεογενές σάρκωμα
<i>Επιθηλιακός ιστός</i>		
• Λέριμα και βλεννογόνοι	Θήλωμα	Καρκίνωμα
• Αδένες	Πολύποδες	Αδενοκαρκίνωμα

	Αδένωμα	
	Κυσταδένωμα	
• Μελαγχρωστικά	Σπίλος	Κακήθες μελάνωμα
<i>Ενδοθηλιακός ιστός</i>		
• Αιμοφόρα αγγεία	Αιμαγγείωμα	Ενδοθηλίωμα Αιμαγγειοενδοθηλίωμα Αιμαγγειοσάρκωμα
• Λεμφικά αγγεία	Λεμφαγγείωμα	Λεμφαγγειοσάρκωμα Λεμφαγγειοενδοθηλίωμα
• Μυελός των οστών		Πολλαπλό μύελωμα Σάρκωμα του Ewing Λευχαιμία
<i>Λεμφικός ιστός</i>		Κακήθες λέμφωμα Λεμφοσάρκωμα Σάρκωμα δικτυοκυτ- τάρων Λεμφογενής Λευχαιμία
<i>Μυικός ιστός</i>		
• Λείες μυϊκές ίνες	Μύωμα	Μυοσάρκωμα Λειομυοσάρκωμα

• Γραμμωτές μυϊκές ίνες	Ραβδομύωμα	Ραβδομυοσάρκωμα
<i>Νευρικός ιστός</i>		
• Νευρικές ίνες και έλυτρα	Νεύρωμα Νευρίνωμα Νευροίνωμα	Νευρογενές σάρκωμα
• Γαγγλιακά κύτταρα	Γαγγλιονεύρωμα	Νευροβλάστωμα
• Νευρογλοιοκύτταρα	Γλοίωμα	Γλοιοβλάστωμα
• Μήνιγγες	Μηνιγγίωμα	Κακόηθες Μηνιγγίωμα

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο λάρυγγας αποτελεί την αρχή της κατώτερης αναπνευστικής οδού και είναι το όργανο εκείνο το οποίο εκμεταλεύεται την θέση του στο αναπνευστικό σύστημα για την παραγωγή της φωνής. Είναι ινοχόνδρινο σωληνοειδές κοίλο όργανο, κινητό προς τα κάτω και πάνω ιδιαίτερα κατά την κατάποση.

Η θέση του λάρυγγα βρίσκεται στην μέση γραμμή του τραχήλου, στο ύψος του 4^{ου}, 5^{ου} και 6^{ου} αυχενικού σπονδύλου. Στην θέση στην οποία βρίσκεται έρχεται σε επαφή με διάφορα ανατομικά στοιχεία και όργανα της αυχενικής μοίρας. Πίσω ακριβώς από τον λάρυγγα βρίσκεται η αυχενική μοίρα του φάρυγγα και τα σώματα των προαναφερθέντων σπονδύλων. Μπροστά από αυτόν βρίσκονται οι λοβοί του θυρεοειδούς αδένα (δύο πλάγιοι και ο μέσος), από τους οποίους καλύπτεται και με τους οποίους συνδέεται, με χαλαρό ιστό και με τους μύες του τραχήλου. Στα κατώτερα τμήματα ο λάρυγγας επικαλύπτεται μόνο από δέρμα και τραχηλική περιτονία και είναι το σημείο το οποίο προσφέρεται για την διάνοιξή του. Στα πλάγια έχει τους κάτω από το υοειδές οστό μύες και το αγγεονευρωτικό δεμάτιο του τραχήλου. Τέλος ο λάρυγγας κρέμεται από το υοειδές και εμμέσως από την ρίζα της γλώσσας (γι' αυτό μετακινείται με τις κινήσεις της) και στηρίζεται από κάτω επάνω στην τραχεία, που μορφολογικά αποτελεί την προς τα κάτω συνέχειά του.

Ο λάρυγγας στα νεογνά και στα παιδιά βρίσκεται ψηλότερα από ότι στον ενήλικα, δηλαδή στο ύψος του 5^{ου} και 4^{ου} αυχενικού σπονδύλου, ενώ η ανάπτυξή του μέχρι την ήβη γίνεται ισότιμα και στα δύο φύλα. Από την ήβη

όμως και μετά ο λάρυγγας αναπτύσσεται περισσότερο στους άνδρες και λιγότερο στις γυναίκες στις οποίες διατηρεί τον παιδικό τύπο. Η κάθετη διάμετρος του λάρυγγα είναι περίπου 7 εκ. στους άνδρες και 5 εκ. στις γυναίκες. Η προσθιοπίσθια διάμετρος αυτού ανέρχεται σε 3,6 εκ. στους άνδρες και 2,6 εκ. στις γυναίκες, η εγκάρσια διάμετρός του είναι 3-4 εκ. στους άνδρες και 2,6 εκ. στις γυναίκες.

Το σχήμα του λάρυγγα στο άνω μέρος του μοιάζει με τριγωνική πυραμίδα, της οποίας η βάση είναι προς τα πίσω, ενώ στο κάτω μέρος είναι κυλινδρικό. Ο λάρυγγας εμφανίζει δύο στόμια, το άνω (φαρυγγικό) και το κάτω (ή τραχειακό). Το άνω έχει σχήμα ωοειδές και το επίπεδό του δεν είναι οριζόντιο αλλά κεκλιμένο από τα εμπρός και άνω προς τα πίσω και κάτω (είσοδος του λάρυγγα). Το δε κάτω στόμιο του λάρυγγα είναι κυκλικό και μεταπίπτει απ' ευθείας στον αυλό της τραχείας χωρίς κανένα σαφές όριο ή άλλο χαρακτηριστικό.

Χόνδροι του λάρυγγα

1. Ο θυρεοειδής (επειδή μοιάζει με θυρέο) είναι ο μεγαλύτερος χόνδρος και αποτελείται από δύο τετράπλευρα χόνδρινα πέταλα τα οποία ενώνονται μπροστά υπό γωνία 90° περίπου στους άνδρες και 120° στις γυναίκες. Τα δύο πέταλα του θυρεοειδούς εμφανίζουν μία έσω και μία έξω επιφάνεια. Η έξω επιφάνεια έρχεται σε επαφή με τον θυρεοειδή αδένα, ενώ η έσω βλέπει προς την κοιλότητα του λάρυγγος. Επίσης τα πέταλα εμφανίζουν τέσσερα χείλη, άνω, κάτω, έξω και έσω. Το έσω χείλος είναι εκείνο, διά μέσω του οποίου ενώνονται τα δύο πέταλα μεταξύ τους και σχηματίζουν την θυρεοειδή γωνία. Αντίστοιχα προς αυτή το άνω χείλος εμφανίζει βαθειά κατάδυση, σχεδόν μέχρι το μέσο ύψος του θυρεοειδούς χόνδρου, δημιουργώντας βαθειά εντομή, η οποία καλείται θυρεοειδής εντομή, αυτή είναι το σημείο εκείνο το οποίο διακρίνεται ως το προέχον σημείο της πρόσθιας επιφάνειας του τραχήλου το οποίο καλείται μήλον του Αδάμ.

2. Ο κρικοειδής χόνδρος (που μοιάζει με κρίκο, δαχτυλίδι ή αφραγιδόλιθο). Στο οπίσθιο τμήμα του είναι πλατύτερος και η μικρή αυτή διόγκωση καλείται πυελίς. Αυτή έχει ύψος περίπου 2 εκ. ενώ το υπόλοιπο τμήμα του κρικοειδούς χόνδρου καλείται τόξον, έχει διάμετρο περίπου 5-7 εκ. και εμφανίζει ένα άνω και ένα κάτω χείλος στα οποία προσφύονται ινώδεις υμένες (σύνδεσμοι). Στο μεν άνω χείλος, ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος αποφράσει το διάστημα μεταξύ του κρικοειδούς και του θυρεοειδούς χόνδρου, στο δε κάτω χείλος ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος, αποφράσει το διάστημα μεταξύ του κάτω χείλους του κρικοειδούς χόνδρου και του άνω στομίου της τραχείας. Ο κρικοειδής χόνδρος αποτελεί την βάση του λάρυγγα. Στον ενήλικα βρίσκεται στο επίπεδο του Α6 - Α7 αυχενικού σπονδύλου, ενώ στο παιδί στο επίπεδο του Α3 - Α4.

2. Οι αρυταινοειδείς χόνδροι (που μοιάζουν με αρύταινα = ελαιοδοχείο, λαδικό). Αυτοί είναι δύο, βρίσκονται στο πίσω μέρος του λάρυγγα και ο καθένας απ' αυτούς διαρθρώνεται στην έσω επιφάνεια της πυελίδας του κρικοειδούς χόνδρου, δεξιά και αριστερά της μέσης γραμμής. Έχουν σχήμα πυραμίδας και εμφανίζουν 3 επιφάνειες (έσω, έξω, οπίσθια), κορυφή και βάση. Η οπίσθια επιφάνεια είναι υπόκοιλη και καλύπτεται από τον εγκάρσιο αρυταινοειδή μυ. Η έσω επιφάνεια καλύπτεται από βλεννογόνο. Στην έξω επιφάνεια βρίσκονται δύο βοηθία το άνω και το κάτω τα οποία χωρίζονται με ακρολοφία. Το άνω τρίγωνο βοηθίο χρησιμεύει για την πρόσφυση του κοιλιαίου συνδέσμου. Το κάτω ή προμήκες βοηθίο χρησιμεύει για την πρόσφυση του φωνητικού μυ. Η βάση της συντάσσεται με τον κρικοειδή χόνδρο και η κορυφή της με τον κερατοειδή χόνδρο.

Οι αρυταινοειδείς χόνδροι είναι πολύ σημαντικοί λειτουργικώς γιατί σ' αυτούς προσφύονται τα φωνητικά χείλη, δηλαδή οι φωνητικοί σύνδεσμοι και οι φωνητικές μύες.

4. Η επιγλωτίδα έχει σχήμα φύλλου δέντρου, πάχος 2 εκ. περίπου, βρίσκεται πίσω από την ρίζα της γλώσσας και έχει δύο επιφάνειες τη

γλωσσική και τη λαρυγγική. Ο μίσχος της (το κάτω μέρος αυτής), προσφύεται στην έσω επιφάνεια της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα. Προβάλλει δε η επιγλωτίδα επί λοξού επιπέδου εκ. των κάτω και εμπρός, προς τα άνω και πίσω, ενώ κατά την κατάποση κατασπάται και αποφράσει την είσοδο του λάρυγγα.

5. Οι κερατοειδής και οι σφηνοειδείς χόνδροι είναι διπλοί (ένας δεξιά και ένας αριστερά). Και οι μεν κερατοειδείς έχουν σχήμα άγκιστρου ύψος 0,5εκ. περίπου και είναι συναρθωμένοι με την κορυφή των αρυταινοειδών χόνδρων, οι δε σφηνοειδείς έχουν και αυτοί μήκος 0,5 εκ. περίπου και βρίσκονται μέσα στις αρυταινοεπιγλωτιδικές πτυχές.

Αναφορικά με την κατασκευή των χόνδρων, οι χόνδροι του λάρυγγα αποτελούνται οι μεν μεγαλύτεροι (θυρεοειδής, κρικοειδής και το σώμα των αρυταινοειδών) από υαλοειδή χόνδρο, οι δε υπόλοιποι (κερατοειδείς, σφηνοειδείς, επιγλωτίδα, αρυταινοειδών χόνδρων), αποτελούνται από ελαστικό χόνδρο. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι υαλοειδείς χόνδροι του λάρυγγος και κυρίως ο θυρεοειδής, εμφανίζουν με την πάροδο της ηλικίας οστεοποίηση.

Σύνδεσμοι του λάρυγγα

Οι σύνδεσμοι του λάρυγγα διακρίνονται σε ετερόχθονες (που τον συνδέουν με τα γύρω μέρη) και σε αυτόχθονες (που συνδέουν του διάφορους χόνδρους μεταξύ τους).

Ετερόχθονες είναι:

1. Ο υοθυρεοειδής υμένας, που είναι τετράπλευρος, εκφύεται από το άνω χείλος του θυρεοειδούς χόνδρου, καταφύεται στο κάτω χείλος του

μείζωνος κέρατος του υοειδούς οστού και διατρύπεται από τη λαρυγγική αρτηρία και το άνω λαρυγγικό νεύρο (δεξιά και αριστερά).

2. Οι υοθυρεοειδείς σύνδεσμοι (μέσος και δύο πλάγιοι) αποτελούν παχύτερες και σκληρότερες ζώνες του υοθυρεοειδούς υμένα. Και ο μεν μέσος αρχίζει από την θυρεοειδή εντομή και φθάνει στο άνω χείλος του σώματος τους υοειδούς οστού, οι δε πλάγιοι (που είναι σαν ελαστικά σκοινιά) συνάπτουν την κορυφή του άνω θυρεοειδούς κέρατος με το φύμα του μείζωνος κέρατος του υοειδούς οστού.

3. Ο υοεπιγλωττιδικός υμένας φέρεται οριζοντίως από την άνω επιφάνεια του σώματος του υοειδούς οστού μέχρι την πρόσθια επιφάνεια της επιγλωττίδας και αποτελεί τον πυθμένα των γλωσσοεπιγλωττιδικών βοθρίων.

4. Ο κρικοτραχειακός σύνδεσμος συνδέει κυκλικά το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου με το πρώτο ημικρίκιο της τραχείας.

Οι αυτόχθονες είναι:

1. Ο ελαστικός υμένας του λάρυγγα βρίσκεται κάτω από το βλεννογόνο της λαρυγγικής κοιλότητας σε όλη την έκτασή της, έτσι ώστε να επαλείφει από μέσα τον χόνδρινο σκελετό. Λιακρίνεται σε δύο μοίρες, την άνω και την κάτω. Και η μεν άνω εκτείνεται από το χείλος της επιγλωττίδας μέχρι τους αρυταινοειδείς χόνδρους, η δε κάτω (που λέγεται και ελαστικός κώνος) έχει για άνω όριο την λαρυγγική κοιλία και κάτω το άνω όριο του κρικοειδούς χόνδρου. Προς τα άνω παχύνεται και σχηματίζει το φωνητικό σύνδεσμο, που αποτελεί το σκελετό της φωνητικής χορδής. Ο ελαστικός υμένας αποτελεί τη βάση από την οποία εξορμούνται και σχηματίζονται όλοι οι αυτόχθονες σύνδεσμοι.

2. Ο αρυταινοεπιγλωττιδικός υμένας (ή τετράγωνος υμένας) αντιστοιχεί στην άνω μοίρα του ελαστικού υμένα του λάρυγγα και αποτελεί το υπόθεμα της αρυταινοεπιγλωττιδικής πτυχής. Το κάτω χείλος του υμένα τούτου αποτελεί το νόθο φωνητικό ή κοιλιαίο σύνδεσμο.

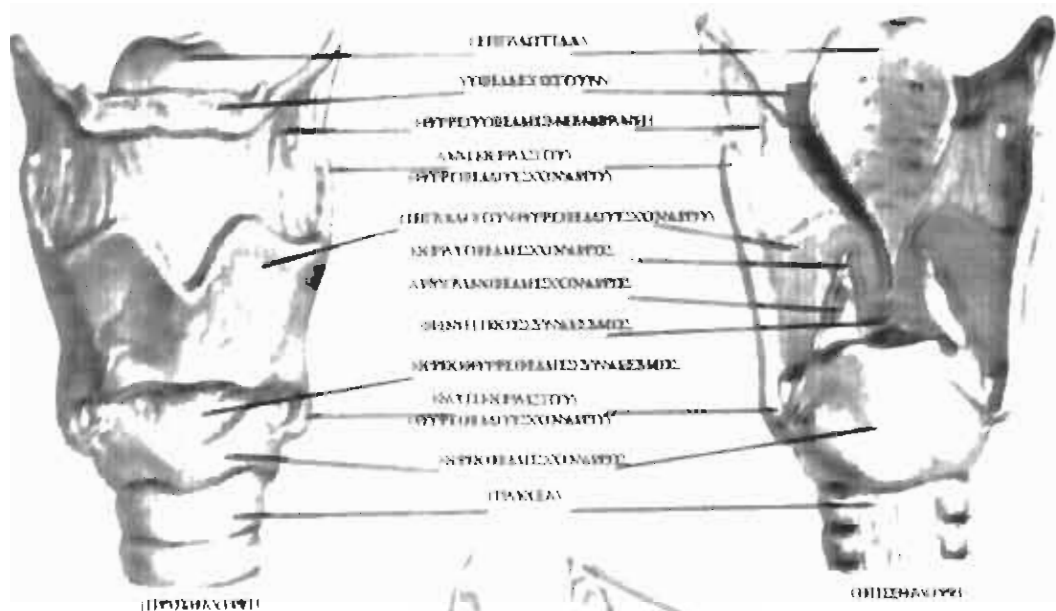
3. Ο φωνητικός σύνδεσμος είναι πάχυνση του ελαστικού υμένα και βρίσκεται μέσα στη φωνητική χορδή (δεξιά και αριστερά).

4. Ο κρικοθυρεοειδής σύνδεσμος είναι επίσης πάχυνση του ελαστικού υμένα και συμπληρώνει το κενό που υπάρχει μεταξύ θυρεοειδούς και κρικοειδούς χόνδρου στο πρόσθιο μέρος του λάρυγγα.

Μύες του λάρυγγα

Οι μύες του λάρυγγα διακρίνονται επίσης σε ετερόχθονες και αυτόχθονες. Οι ετερόχθονες πάλι διακρίνονται στους ύπερθεν και του κάτωθεν του υοειδούς οστού. Και οι μεν άνωθεν (γενειοϋοειδής, διγάζωρ, γναθοϋοειδής και βελονοϋοειδής) μαζί με τον κρικοφαρυγγικό μυ ανασπών το υοειδές στό και μαζί του και τον λάρυγγα. Οι δε κάτωθεν (στερνοϋοειδής, θυρεοειδής και ωμοϋοειδής) κατασπών το υοειδές οστό και μαζί του και το λάρυγγα, συμβάλλοντας στην κατάποση.

Οι αυτόχθονες μύες του λάρυγγα κινούν του χόνδρους του κατά την κατάποση και την ομιλία, έτσι ώστε αφ' ενός μεν να τον προφυλάσσουν από την είσοδο ξένων σωμάτων, αφετέρου δε να συμβάλουν στη φώνηση. Είναι όλοι διφυείς (δηλ. ανά ένας δεξιά και αριστερά) εκτός από τον εγκάρσιο αρυταινοειδή που είναι μονοφυής. Διακρίνονται δε σε εκείνους που ανοίγουν την γλωττίδα (δεξιός και αριστερός οπίσθιος κρκαρυταινοειδής, και σ' εκείνους που την κλείνουν (όλοι οι υπόλοιποι, δηλαδή οι πλάγιοι κρκαρυταινοειδείς, οι κρικοθυρεοειδείς και οι θυρεοαρυταινοειδείς). Η εντόπιση του καθενός δηλώνεται από το όνομά του.

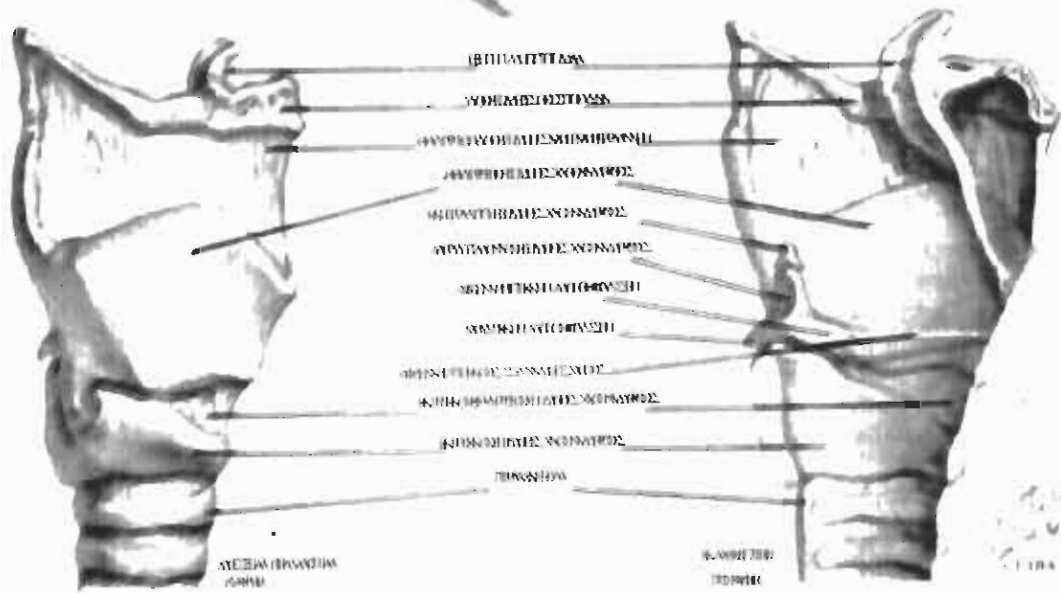


(ΑΠΟΚΑΤΕΠΕΡΑΙΕΣ ΕΞΟΧΑΡΑΙ)
 (ΑΝΤΕΡ ΠΑΛΙΟΥ)
 (ΕΠΥΡΥΘΡΑΙΕΣ ΕΞΟΧΑΡΑΙ)

(ΟΠΙΣΘΕΡΑΧΙΑ)



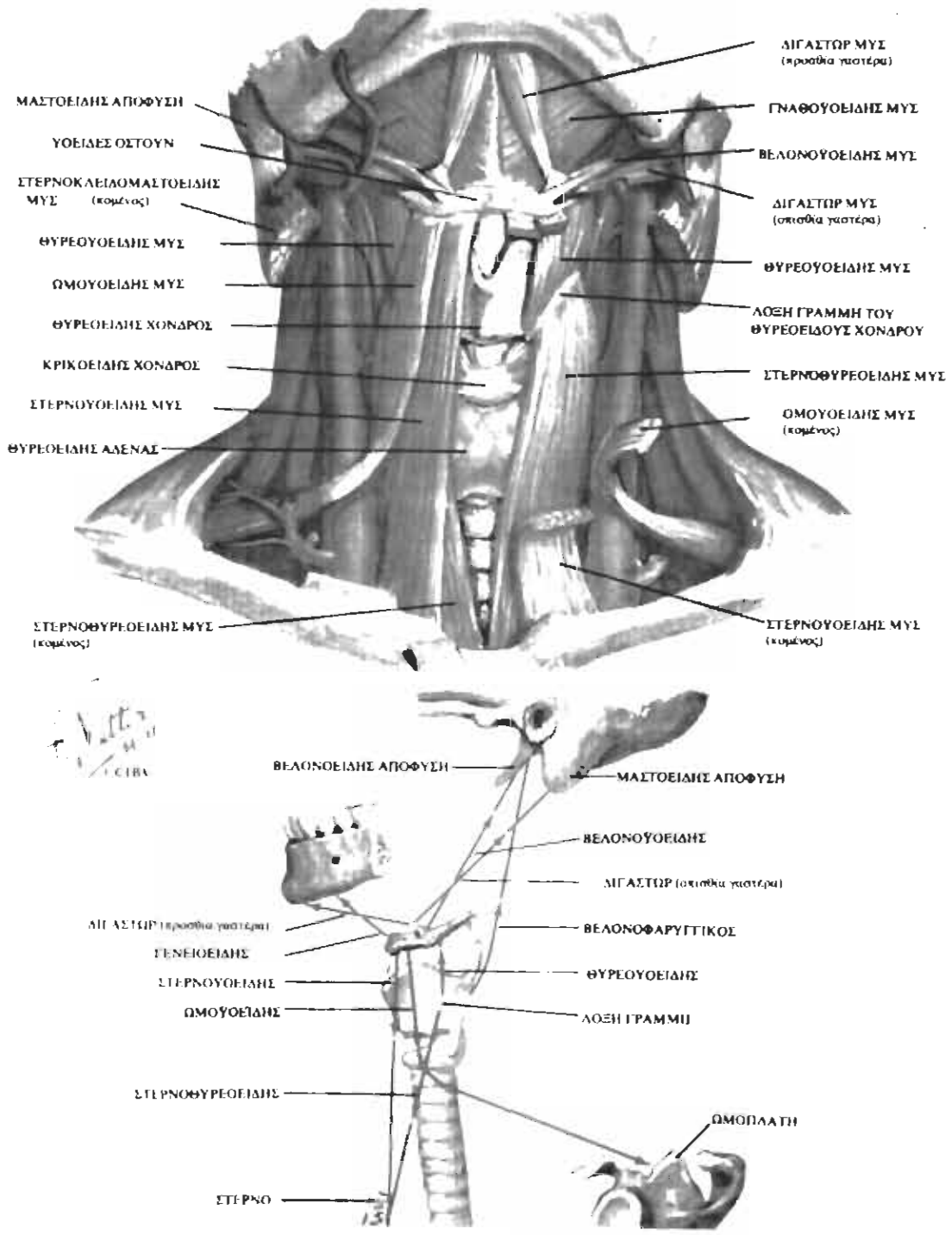
(ΑΠΟΚΑΤΕΠΕΡΑΙΕΣ ΕΞΟΧΑΡΑΙ)
 (ΑΝΤΕΡ ΠΑΛΙΟΥ)



(ΑΠΟΚΑΤΕΠΕΡΑΙΕΣ ΕΞΟΧΑΡΑΙ)
 (ΑΝΤΕΡ ΠΑΛΙΟΥ)

(ΟΠΙΣΘΕΡΑΧΙΑ)

Εικ. 1. Χείρωνα των Ακατιών (Ano Clinical Symposium «The Larynx» Reproduced by courtesy of CIBA-GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved)



Εικ. 2. Ετεροζώνες μύες του λάρυγγα (Από Clinical Symposia «The Larynx» Reproduced by courtesy of CIBA - GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved).

Κοιλότητα του λάρυγγα

Η κοιλότητα του λάρυγγα εμφανίζει στο μέσον της έντονη στενότητα, με αποτέλεσμα να παίρνει το σχήμα της κλειψίδρας. Εμφανίζει λοιπόν δύο μοίρες φαρδύτερες (την άνω και την κάτω) και μία στενότερη (τη μεσαία).

Η άνω μοίρα ή γλωττιδική, η οποία καλείται και πρόδομος του λάρυγγα έχει άνω όριο την είσοδο του λάρυγγα και κάτω το ελεύθερο χείλος της κοιλιαίας πτυχής (ή νόθου φωνητικής χορδής). Είναι πιεσμένη από τα πλάγια και εμφανίζει τέσσερα τοιχώματα, πρόσθιο, οπίσθιο και δύο πλάγια. Το πρόσθιο σχηματίζεται από την οπίσθια (λαρυγγική) επιφάνεια της επιγλωττίδας και το θυρεοεπιγλωττιδικό σύνδεσμο. Είναι κατά τι υψηλότερο στους άνδρες από όσο στις γυναίκες. Είναι πλατύτερο επάνω και στενότερο κάτω, και στο σημείο που αρχίζει να στενεύει παρουσιάζει κύρτωση προς τα μέσα του αυλού του λάρυγγα, το επιγλωττιδικό φύμα. Το οπίσθιο τοίχωμα είναι χαμηλότερο από το πρόσθιο και σχηματίζεται από την άνω μοίρα των αρυταινοειδών χόνδρων και τη μεταξύ αυτών υπάρχουσα πτυχή. Τα δύο πλάγια τοιχώματα σχηματίζονται από τις αντίστοιχες αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και μερικώς από την έσω επιφάνεια των αντίστοιχων κοιλιαίων πτυχών (νόθων φωνητικών χορδών).

Η μεσαία (ή γλωττιδική) της λαρυγγικής κοιλότητας έχει άνω όριο τα ελεύθερα χείλη των κοιλιαίων πτυχών και κάτω το επίπεδο της κάτω επιφάνειας των γνήσιων φωνητικών χορδών. Παρουσιάζει στα πλάγιά της (δεξιά και αριστερά) ανά ένα κόλπωμα, την λεγόμενη λαρυγγική (ή Μοργάνειο) κοιλία. Στη μέση στενεύει από δύο πτυχές, μια άνωθεν και μία κάτωθεν (δεξιά και αριστερά). Και οι μεν άνωθεν πτυχές είναι οι κοιλιαίες (ή νόθες φωνητικές χορδές) που αφορίζουν τις λαρυγγικές κοιλίες εκ των άνω και έσω. Οι δε κάτωθεν πτυχές είναι οι γνήσιες φωνητικές χορδές.

Οι γνήσιες φωνητικές χορδές έχουν μήκος 1,5 εκ. στις γυναίκες και 2-2,5 εκ. στους άνδρες. Ο χώρος ο οποίος παρεμβάλλεται μεταξύ των χορδών αυτών είναι στενός, σχισμοειδής και ονομάζεται γλωττίδα. Τα δύο πρόσθια

τριτημόρια της γλωττίδας αποτελούν τη φωνητική μοίρα της, ενώ το οπίσθιο τριτημόριο την αναπνευστική. Η μοίρα αυτή στον ενήλικα έχει εύρος 18-19 χιλ. στο δε νεογνό 4 χιλ. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι η γλωττίδα είναι δυνατόν επί οιδήματος του βλεννογόνου (από διάφορες παθολογικές καταστάσεις) να στενωθεί ακόμα περισσότερο ή και να αποφραχθεί πλήρως, οπότε στην πρώτη περίπτωση αναπτύσσεται έντονη δύσπνοια, ενώ στη δεύτερη περίπτωση είναι δυνατόν να επέλθει θάνατος από ασφυξία (οίδημα της γλωττίδας).

Οι νόθες φωνητικές χορδές (κοιλιαίες πτυχές) έχουν και μήκος περίπου 1,5 εκ. στις γυναίκες και 2-2,5 εκ. στους άνδρες. Ο χώρος ο οποίος παρεμβάλλεται μεταξύ των δύο αυτών πτυχών είναι πολύ λεπτός, σχισμοειδής και καλείται κοιλιαία σχισμή ή πρόδρομος του λάρυγγα. Οι νόθες φωνητικές χορδές δεν έχουν καμιά συμμετοχή στη φώνηση. Αποτελούν δε απλώς την οροφή της λαρυγγικής κοιλίας, μέσα στην οποία εκβάλλουν οι πόροι πολλών αδένων, που με το έκκριμα τους κρατούν υγρές τις γνήσιες φωνητικές χορδές, που αποτελούν το έδαφος της λαρυγγικής κοιλίας.

Η κάτω ή υπογλωττιδική μοίρα της λαρυγγικής κοιλότητας αποτελεί το αντίστροφο του προδόμου του λάρυγγα και αφορίζεται εκ των άνω από την κάτω επιφάνεια των γνήσιων φωνητικών χορδών και προς τα κάτω από το κάτω χείλος του κρικοειδούς χόνδρου (τη βάση του λάρυγγα). Το πρόσθιο τοίχωμά της σχηματίζεται από την κάτω μοίρα του θυρεοειδούς χόνδρου, από το εμπρός μέρος του κρικοειδούς χόνδρου και από τον κρικοθυρεοειδή υμένα. Το δε οπίσθιο τοίχωμά της το αποτελεί το πίσω μέρος του κρικοειδούς χόνδρου (που είναι και φαρδύτερο).

Βλεννογόνος του λάρυγγα

Ο βλεννογόνος του λάρυγγα επικαλύπτει την κοιλότητά του στην οποία είναι στερεά κολλημένος, πλην της υπογλωττιδικής μοίρας και του

άνω (φαρυγγικού) στομίου, όπου η προσκόλληση είναι χαλαρή. Το επιθήλιο του βλεννογόνου είναι κροσσωτό, πλην της περιοχής των φωνητικών χορδών και του προδόμιου, όπου είναι πλακώδες. Αμέσως κάτω από το επιθήλιο και επιπολής της ελαστικής στιβάδας υπάρχει ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού (ο χώρος του Reinke), στον οποίο δεν υπάρχουν λεμφαγγεία.

Αγγεία του λάρυγγα

Οι αρτηρίες είναι τρεις: η άνω λαρυγγική, η κρικοθυρεοειδής και η κάτω λαρυγγική. Η άνω εισέρχεται στο λάρυγγα, διαπερνάει το οπίσθιο μέρος του υοθυρεοειδούς υμένας η κάτω, εισχωρεί στο οπίσθιο τοίχωμα του λάρυγγα και αναστομώνεται με την άνω η κρικοθυρεοειδής αναστομώνεται μπροστά από τον κρικοθυρεοειδή σύνδεσμο, με την αντίθετή της (αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την τραχειοτομή).

Οι φλέβες συνοδεύουν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην άνω και κάτω θυρεοειδή.

Λεμφαγγεία του λάρυγγα

Τα λεμφαγγεία της μεν υπεργλωττιδικής μοίρας φέρονται στα άνω εν τω βάθει λεμφογάγγλια. Η μεσαία μοίρα (το σύστημα των φωνητικών χορδών) έχει υποτυπώδη λεμφική κυκλοφορία που εξυπηρετείται από το δίκτυο της υπεργλωττιδικής μοίρας. Τα δε λεμφαγγεία της υπογλωττιδικής μοίρας πηγάζουν στα προκρικοειδή και στα παρατραχειακά λεμφογάγγλια.

Νεύρα του λάρυγγα

Τα νεύρα του λάρυγγα είναι το άνω και το κάτω λαρυγγικό, που αποτελούν κλάδους του πνευμονογαστρικού. Και το μεν άνω λαρυγγικό νεύρο χωρίζεται σε δύο κλάδους, τον έσω και τον έξω. Ο έσω είναι καθαρός

αισθητικός και εξυπηρετεί την άνω μοίρα του λάρυγγα. Ο έξω είναι μεικτός και εξυπηρετεί κινητικά μεν τον κρικοθυρεοειδή μυ, αισθητικά δε (μαζί με το κάτω λαρυγγικό) την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα. Το δε κάτω λαρυγγικό ή παλίνδρομο νεύρο σχηματίζει αγκύλη δεξιά μεν γύρω από την υποκλείδια αρτηρία, αριστερά δε γύρω από το αορτικό τόξο (έτσι η διαδρομή του είναι μεγαλύτερη αριστερά). Παλινδρομώντας δε προς τον οισοφάγο διατρύπα το λάρυγγα και εισέρχεται σε αυτόν πίσω από την κρικοθυρεοειδή διάρθρωση. Είναι μεικτό νεύρο και εξυπηρετεί κινητικά μεν όλους τους αυτόχθονες μύες του λάρυγγα (εκτός από τον κρικοθυρεοειδή που νευρώνεται από το άνω λαρυγγικό), αισθητικά δε την υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα.

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο λάρυγγας είναι κυρίως αναπνευστικό και φωνητικό όργανο, συμβάλλει όμως και σε άλλες φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού.

Η αναπνευστική λειτουργία του λάρυγγα δεν αποτελεί παθητική κατάσταση απλής διόδου του αέρα, αλλά είναι φανερό ότι συμβάλλει ενεργώς και στη ρύθμιση της αναπνοής. Εκτός από την άποψη, ότι το άνοιγμα της γλωττίδας και η θέση των φωνητικών χορδών μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό οξυγόνωσης του αίματος (έτσι ώστε σε περίπτωση ανοξαιμίας να αφήνουν την δίοδο μεγαλύτερης ποσότητας αέρα), βέβαιο είναι ότι τούτο γίνεται ρυθμικά και κατά τις συνήθεις αναπνευστικές κινήσεις. Και κατά μεν τη φάση της εισπνοής οι φωνητικές χορδές απάγονται και διευρύνεται το χάσμα της γλωττίδας ανάλογα με την ένταση της εισπνοής, τόσο που σε βαθιά εισπνοή οι φωνητικές χορδές συμπιέτουν στα πλάγια τοιχώματα του λάρυγγα (δεξιά και αριστερά). Κατά δε τη φάση της εκπνοής, οι φωνητικές χορδές, προσάγονται επίσης ανάλογα με την έντασή της. Και όταν κατά τη φώνηση οι φωνητικές χορδές συμπιέτουν και εφάπτονται μεταξύ τους, παραμένει ανοικτή η αναπνευστική μοίρα της γλωττίδας για να μην διακοπεί η αναπνοή.

Η φωνητική λειτουργία του λάρυγγα έχει τις γνωστές πολύπλευρες και τεράστιες επιπτώσεις στον κοινωνικό βίο του ανθρώπου.

Για την παραγωγή της φωνής απαιτείται η δημιουργία ρεύματος αέρος, διερχομένου διαμέσου στενής διόδου, ο σχηματισμός ηχητικών κυμάτων με διαφορετικής συχνότητας πυκνώσεις και αραιώσεις του αέρα και η παρουσία ηχείων για την διαμόρφωση της χροιάς του ήχου. Ο λειτουργικός μηχανισμός και η μορφολογία της λαρυγγικής κοιλότητας παρέχουν τις προϋποθέσεις αυτές, συμβάλλουν όμως ουσιωδώς και τα άλλα φωνητικά μέρη (στόμα, μύτη, φάρυγγας) στη διαμόρφωση του έναρθρου λόγου.

Η επικρατούσα θεωρία για την παραγωγή της φωνής είναι η μυελοβλαστική, κατά την οποία πρόκειται περί αεροδυναμικής διεργασίας, που οφείλεται στην υπογλωττιδική πίεση του εκπνεόμενου αέρα και την ελαστικότητα των φωνητικών χορδών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή οι πνεύμονες δρουν σαν φουερό που στέλνει τον αέρα προς τον λάρυγγα. Επειδή όμως η γλωττίδα είναι κλειστή, η πίεση του αέρα αυξάνει στον υπογλωττιδικό χώρο, και όταν υπερβεί την αντίσταση των φωνητικών χορδών διανοίγει τη γλωττίδα, από την οποία βρίσκει διέξοδο ο αέρας, οπότε ελαττώνεται η πίεσή του. Τότε οι φωνητικές χορδές, που είναι ελαστικές (και με τη συμβολή της σύσπασης των θυρεοαρτυταινοειδών μυών) συμπλησιάζουν πάλι και κλείνουν τη γλωττίδα. Έτσι όμως αυξάνει πάλι η υπογλωττιδική πίεση του αέρα, η οποία διανοίγει εκ νέου τη γλωττίδα κ.ο.κ.

Ο κύκλος αυτός της αυξομείωσης της πίεσης του αέρα και της αντίστοιχης διάνοιξης και σύγκλεισης της γλωττίδας επαναλαμβάνεται με συχνότητα που προσδιορίζει τη συχνότητα του παραγόμενου ήχου.

Ο λάρυγγας έχει τη δυνατότητα να παράγει ήχους διαφόρων συχνοτήτων. Τούτο γίνεται με τη μεταβολή του μήκους, του πάχους και της τάσης των φωνητικών χορδών. Για το σκοπό αυτό συνεργάζονται όλοι οι μύες του λάρυγγα, αλλά τη μεγαλύτερη συμβολή παρέχουν οι θυρεοαρτυταινοειδείς, που με σύσπασή τους διατηρούν τον τόνο των φωνητικών χορδών.

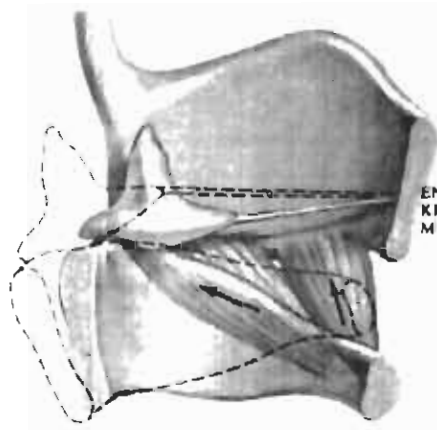
Στη διαμόρφωση της φωνής συμβάλλουν επίσης και οι λαρυγγικές κοιλιές (σαν ηχεία), η επιγλωττίδα, καθώς και οι αεροφόρες κοιλότητες που είναι υψηλότερα ή χαμηλότερα της γλωττίδας και επηρεάζουν το σχήμα και το μέγεθος των ηχείων της φωνής με ορισμένες διαφοροποιήσεις του χώρου τους.

Κατά τη φώνηση πρέπει οι φωνητικές χορδές να έχουν την ικανότητα να συμπλησιάζουν σε όλο το μήκος τους. Στην περίπτωση που αυτό δε γίνεται, προκαλείται το βράγχος της φωνής, που είναι το σημαντικότερο σύμπτωμα των παθήσεων του λάρυγγα.

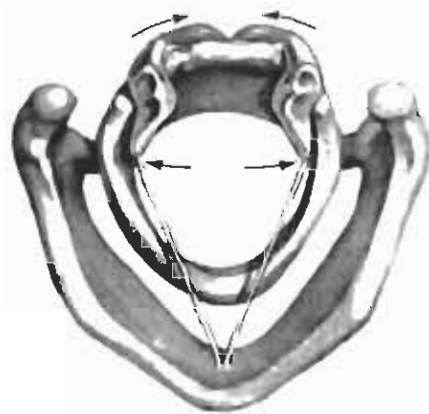
Η προστατευτική λειτουργία του λάρυγγα συνίσταται αφενός μεν στην ενέργειά του σαν σφιγκτήρα, με την οποία αποφράσσεται το άνω στόμιο (η είσοδος) της λαρυγγικής κοιλότητας. Τούτο γίνεται με την κατάσπαση της επιγλωττίδας και τη σύμπτωση των αρυταινοεπιγλωττιδικών πτυχών. Έτσι προφυλάσσεται η αναπνευστική οδός από την είσοδο ξένων σωμάτων. Αφετέρου δε, με το αντανακλαστικό του βήχα, ο λάρυγγας συμβάλλει στην αποβολή των εκκρίσεων και των ξένων σωμάτων και συνεπώς στον καθαρισμό της αναπνευστικής οδού.

Η αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης και η καθήλωση του θώρακα οφείλονται σε σημαντικό βαθμό στη συσφιγκτική λειτουργία του λάρυγγα και κυρίως στη σύσπαση και σύγκλιση των νόθων και γνήσιων φωνητικών χορδών. Με τον τρόπο αυτόν ο αέρας εγλωβίζεται από την τραχεία και κάτω και αυξάνει την ενδοθωρακική πίεση, που είναι αναγκαία για τον βήχα και τον παρμό. Συγχρόνως αυξάνεται και η ενδοκοιλιακή πίεση, που είναι αναγκαία για την αποπάτηση, την ούρηση, τον τοκετό κ.λ.π. Εξάλου με την αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης, γίνεται και καθήλωση του θώρακα, με την οποία τούτος σταθεροποιείται και συμβάλλει στην εκτέλεση έντονης χειρονακτικής εργασίας.

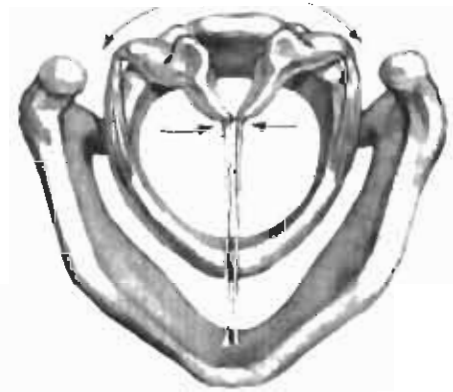
H. Vetter
CIBA



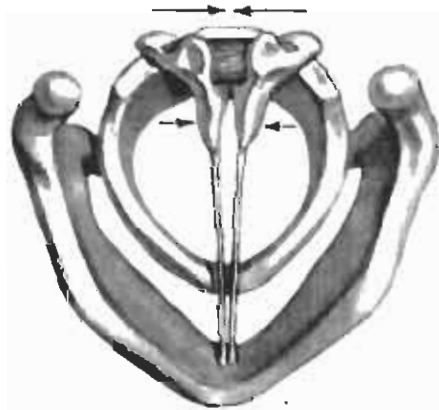
ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΡΙΚΟΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΩΝ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΚΡΙΚΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΩΝ ΜΥΩΝ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΛΑΓΙΩΝ ΚΡΙΚΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΩΝ ΜΥΩΝ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΟΥΣ ΜΥΟΣ



ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΦΩΝΗΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΛΑΓΙΩΝ ΚΡΙΚΑΡΥΤΑΙΝΟΕΙΔΩΝ ΜΥΩΝ

Εικ. 3 Η λειτουργία των αυτοχθόνων μυών του λάρυγγα. (Από Clinical Symposia «The Larynx» Reproduced by courtesy of CIBA - GEIGY Limited, Basle (Switzerland). All rights reserved).

3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Η εξέταση του λάρυγγα αρχίζει από το 1854, όταν ο καθηγητής του άσματος Garcia εφεύρε το λαρυγγοσκόπιο, το οποίο είναι το κυριότερο όργανο λαρυγγολογικής εξέτασης.

Οι σπουδαιότερες λαρυγγολογικές εξετάσεις είναι:

1. Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση. Αυτή είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος που εμφανίζεται στην καθημερινή πράξη. Απαραίτητα όργανα για την εκτέλεσή της, είναι το λαρυγγοσκόπιο και το μετωπιαίο κάτοπτρο. Το λαρυγγοσκόπιο αποτελείται από ένα στρογγυλό κάτοπτρο (διαφόρων μεγεθών) από ένα στέλεχος το οποίο έχει μήκος 20 εκ. περίπου και από το οποίο κρατείται το λαρυγγοσκόπιο, με γωνία κατόπτρου - στελέχους περίπου 45°. το μετωπιαίο κάτοπτρο, φέρει λαμπτήρα και χρησιμοποιείται με σκοπό να δούμε την εικόνα της εξεταζόμενης περιοχής στην ανακλώσα επιφάνειά του, φωτίζοντάς την επαρκώς.

Η έμμεση λαρυγγοσκόπηση εκτελείται χωρίς αναισθησία, εκτός αν κατά την τοποθέτηση του λαρυγγοσκοπίου στο φάρυγγα, το άτομο που εξετάζεται παρουσιάζει αυξημένα αντανακλαστικά, οπότε γίνεται τοπική αναισθησία, με επάλειψη ή ψεκασμό της γλώσσας, του στοματοφάρυγγα και της υπεργλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα, με διάλυμα ξυλοκαΐνης 10 %.

Κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση ο πάσχων κάθεται απέναντι από τον γιατρό που τον εξετάζει, ο οποίος τραβάει προς τα έξω τη γλώσσα του, κρατώντας αυτή με τον αντίχειρα και το δείκτη του αριστερού του χεριού, ενώ με το δεξί εισάγει το λαρυγγοσκόπιο στη στοματική κοιλότητα. Το λαρυγγοσκόπιο πρέπει προηγουμένως να έχει θερμανθεί, με φλόγα οινόπνεύματος ή να έχει βαπτισθεί σε ζεστό νερό, για να μην θολώσει το κάτοπτρο από τον εκπνεόμενο αέρα.

Το λαρυγγοσκόπιο μπαίνει στο φάρυγγα κατά τέτοιο τρόπο ώστε η οπίσθια επιφάνειά του να εφάπτεται με τη σταφυλή και γίνονται ελαφρές κινήσεις με τις οποίες κατορθώνεται η επισκόπηση του λάρυγγα, του υποφάρυγγα και της αρχικής μοίρας της τραχείας. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης αυτής, το φως του μετωπιαίου κατόπτρου κατευθύνεται προς τη σταφυλή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται για να αποφευχθεί η επαφή του κατόπτρου του λαρυγγοσκοπίου με τις παρίσθμιες καμάρες (γιατί θα προκληθεί το αντανακλαστικό του εμετού).

Κατά την έμμεση λαρυγγοσκόπηση πρέπει να εξετάζεται πρώτα η επιγλωττίδα, μετά τα γλωσσοεπιγλωττιδικά βοθρία, οι αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές και οι απιοειδείς βόθροι. Εξετάζεται και εκτιμάται η χροιά του βλεννογόνου με σκοπό την εντόπιση τυχόν ανωμαλίας, με μορφή οιδήματος, διογκώσεως εξελκώσεως κ.λ.π. Στη συνέχεια εξετάζεται το εσωτερικό του λάρυγγα, και για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει ο ασθενής να εκφωνήσει το φωνήεν "η", οπότε ανυψώνεται η επιγλωττίδα. Κατά την ανύψωση της επιγλωττίδας επισκοπούνται με τη σειρά οι αρυταινοεπιγλωττιδικές πτυχές, οι νόθες φωνητικές χορδές, οι γνήσιες φωνητικές χορδές και το μεσαρυταινοειδές διάστημα.

Τέλος εξετάζεται η κινητικότητα του λάρυγγα. Η κίνηση εξετάζεται κατά την ήρεμο αναπνοή, όταν οι φωνητικές χορδές προσάγονται ελαφρά, παραμένουν όμως σε διάσταση. Κατά τη φώνηση οι φωνητικές χορδές προσάγονται, σχεδόν εφάπτονται, παρατηρείται μικρή σχισμή μεταξύ τους και δονούνται.

2. Η άμεση λαρυγγοσκόπηση. Αυτή επινοήθηκε το 1985 από τον Kirstein και τελειοποιήθηκε και διαδόθηκε από τον Killian Cuiser και τον Chevalier-Jackson. Αυτή εφαρμόζεται σε βρέφη και παιδιά, όταν η έμμεση λαρυγγοσκόπηση είναι αδύνατη, και επίσης προσφέρεται για την ακριβέστερη εκτέλεση ενδολαρυγγικών μικροεπεμβάσεων (δειγματοληψία ιστών για βιοψία, εξαγωγή ξένου σώματος κ.λ.π.).

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση γίνεται με ειδικό όργανο το άμεσο λαρυγγοσκόπιο το οποίο αποτελείται από ένα σωλήνα ή ημισωλήνα με οπτικό και φωτιστικό σύστημα.

Τεχνική: Η εκτέλεση της άμεσης λαρυγγοσκόπησης γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση, μπορεί όμως να γίνει και με τοπική αναισθησία. Ο εξεταζόμενος τοποθετείται σε υπτία θέση με το κεφάλι τοποθετημένο, έτσι ώστε οι κοιλότητες, στόματος, λάρυγγος, και τραχείας να βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Λεξιά κάθεται ο βοηθός του γιατρού, ο οποίος συγκρατεί το κεφάλι του εξεζόμενου σε αυτή τη θέση, τοποθετώντας το ένα του χέρι κάτω από τον αυχένα, έτσι ώστε η παλάμη του να εφάπτεται με την παρειά του αρρώστου, ενώ με το άλλο του χέρι στηρίζει το κεφάλι του εξεταζόμενου. Το άμεσο λαρυγγοσκόπιο εισάγεται στο στόμα του εξεταζόμενου, με το αριστερό χέρι και προωθείται στη στοματική κοιλότητα μέχρις ότου το πρόσθιο άκρο του συναντήσει την επιγλωττίδα, την οποία παρακάμπτει με ελαφρά υπέγερση του ρύγχους του (χωρίς να πιέζει καθόλου τα δόντια της άνω γνάθου), εξετάζοντας έτσι το μεσαρυταινοειδές διάστημα. Στη συνέχεια το άμεσο λαρυγγοσκόπιο, προωθείται με λεπτούς χειρισμούς και βρίσκεται μπροστά στη γλωττίδα και σε σημαντικό τμήμα της υπεργλωττιδικής και υπογλωττιδικής χώρας.

Με τη μέθοδο αυτή παρέχεται η δυνατότητα λεπτομερέστερου ελέγχου της λαρυγγικής κοιλότητας μα κυρίως της υπογλωττιδικής μοίρας.

3. Η μικρολαρυγγοσκόπηση. Η μέθοδος αυτή συνίσταται στον έλεγχο της λαρυγγικής κοιλότητας υπό μεγέθυνση. Για την εκτέλεση της μικρολαρυγγοσκόπησης απαιτείται ειδικό λαρυγγοσκόπιο και σαν πηγή φωτός χρησιμοποιείται ο φωτισμός του ωτομικροσκοπίου, το οποίο όταν εστιαστεί σωστά φωτίζει μέσω του λαρυγγοσκοπίου το λάρυγγα του ασθενούς. Το λαρυγγοσκόπιο μετά την εισαγωγή του στο λάρυγγα, στηρίζεται στο στήθος του εξεταζόμενου, ο οποίος βρίσκεται σε υπτία θέση, ταυτόχρονα με τη χρήση του μικροσκοπίου επιτυγχάνεται η απαιτούμενη μεγέθυνση.

Η εκτέλεση γίνεται φυσικά με γενική ενδοτραχειακή νάρκωση. Ο έλεγχος ο οποίος επιτυγχάνεται είναι λεπτομερέστατος και η χρησιμοποίηση της μεθόδου για ενδολαρυγγικές επεμβάσεις πολύ εξιτηρητική.

4. Η ενδοσκόπηση με εύκαμπτα ενδοσκόπια. Ο τρόπος αυτός της εξέτασης αποτελεί την τελική φάση της μεθόδου σύγχρονης ενδοσκόπησης της μύτης, του ρινοφάρυγγα, και του λάρυγγα. Το χρησιμοποιούμενο εύκαμπτο ρινοφαρυγγολαρυγγοσκόπιο είναι ελαστικός σωλήνας, που έχει μήκος 25 εκ. και διάμετρο 4 χιλ. περίπου. Είναι οπλισμένο με οπτικό και φωτιστικό σύστημα, μπορεί να περιστρέφεται σε πλήρη κύκλο και ο αντικειμενικός φακός του να αλλάζει κατεύθυνση, κατά τρόπο που να κάνει ορατά όλα τα σημεία της εξεταζόμενης περιοχής.

Το ενδοσκόπιο αυτό εισάγεται από τη ρινική θαλάμη και ωθούμενο προς τα πίσω εισέρχεται στο ρινοφάρυγγα. Έπειτα, ωθούμενο περισσότερο, φθάνει στην επιγλωττίδα και στη συνέχεια στον πρόδομο του λάρυγγα. Κατά τη διαδρομή αυτή γίνεται η επισκόπηση αλληλοδιαδόχως των περιοχών από τις οποίες περνά το ενδοσκόπιο. Η εκτέλεση γίνεται με τοπική αναισθησία δια ψεκασμού με επιφανειακό αναισθητικό. Για την διευκόλυνση της διόδου του ενδοσκοπίου πρέπει τούτο να επαλείφεται με κατάλληλη αλοιφή.

5. Η ενδοσκόπηση με άκαμπτα ενδοσκόπια. Τα άκαμπτα ενδοσκόπια παρουσιάζουν πολλαπλή χρησιμότητα, γιατί εκτός από την ευρεία και άνετη επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας, παρέχουν και τη δυνατότητα της μεγέθυνσης της εικόνας μέχρι το βλάσιο και επιπλέον της φωτογράφισης των ενδιαφερουσών περιοχών.

Το συνηθέστερο χρησιμοποιούμενο άκαμπτο λαρυγγοφαρυγγοσκόπιο των 90°, κατά Stuckard αποτελείται από μεταλλικό σωλήνα 18 εκ. με διάμετρο 8 χιλ. Είναι δε εξοπλισμένο με οπτικό σύστημα Lumina και με φωτιστικό σύστημα ψυχρού φωτός. Στο πρόσθιο άκρο του έχει πρισματικό, αντικειμενικό φακό που παρέχει ορατότητα υπό γωνία 90° έτσι ώστε να φαίνεται η λαρυγγική κοιλότητα χωρίς το ενδοσκόπιο να μπαίνει μέσα σε

αυτήν. Στο πίσω άκρο του βρίσκεται το προσοφθαλμιο, η λαβή του ενδοσκοπίου και τα διάφορα εξαρτήματα της λειτουργίας του.

Η εκτέλεση της ενδοσκόπησης γίνεται χωρίς κανενός είδους αναισθησία. Ο αυλός του ενδοσκοπίου εισάγεται στο στόμα του εξεταζόμενου μέχρι το οπίσθιο τοίχωμα του στοματοφάρυγγα, χωρίς να το αγγίζει. Στη θέση αυτή και με τον αντικειμενικό φακό προς τα κάτω, γίνεται η επισκόπηση της λαρυγγικής κοιλότητας προς όλες τις κατευθύνσεις, με τους κατάλληλους χειρισμούς του εξεταστή.

Η μέθοδος αυτή είναι πολύ απλή και η εξέταση γίνεται άνετα.

6. Η στραβοσκόπηση. Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται μόνο η λειτουργικότητα των φωνητικών χορδών. Γίνεται δε με ειδικό όργανο, το στραβοσκόπιο, που φωτίζει περιοδικά τη λαρυγγική κοιλότητα, έτσι ώστε να συμπίπτουν οι εκλάμπσεις του με τις δονήσεις των φωνητικών χορδών. Έτσι οι φωνητικές χορδές φαίνονται ακίνητες. Τούτο όμως είναι φαινομενικό και έχει για σκοπό να επιτρέπει τον άνετο έλεγχο των φωνητικών χορδών, σε οποιοδήποτε σημείο της κινήσεώς τους, έπειτα από κατάλληλη ρύθμιση του στραβοσκοπίου.

7. Η υπερηχογλωττιδογραφία. Αυτή είναι νεότατη μέθοδος ελέγχου της κινητικότητας των φωνητικών χορδών με υπερήχους.

8. Η ηλεκτρομυογραφία. Με τη μέθοδο αυτή ελέγχεται η λειτουργικότητα των λαρυγγικών νεύρων. Η εξέταση είναι εργαστηριακή και γίνεται με ειδικό όργανο, τον ηλεκτρομυογράφο, που καταγράφει με μορφή καμπύλων γραμμών επάνω σε χάρτινη ταινία, τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται στις περιοχές του λάρυγγα, που νευρώνονται από το άνω και το κάτω λαρυγγικό νεύρο. Από την ερμηνεία των καμπυλών αυτών, γίνεται η διάγνωση της ενδεχόμενης βλάβης.

9. Ο ακτινογραφικός έλεγχος. Αυτός γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

α. Πλάγια ακτινογραφία, με την οποία ελέγχεται η ακεραιότητα και η φυσιολογική διάταξη των σκληρών μορίων του λάρυγγα.

β. Προσθιοπίσθια τομογραφία, με την οποία επιτυγχάνεται η απεικόνιση, των μαλακών μορίων του λάρυγγα, χωρίς την παρεμβολή της σκιάς της σπονδυλικής στήλης.

γ. Λαρυγγογραφία, που αποτελεί ακτινογραφία του λάρυγγα έπειτα από έγχυση στην κοιλότητά του, σκιαγραφικής ουσίας.

δ. Ξηρογραφία, που στηρίζεται στη φωτοαγωγιμότητα του σεληνίου. Μια πλάκα από αλουμίνιο σκεπάζεται με λεπτό στρώμα σεληνίου. Με την επίδραση των ακτίνων X γίνονται μεταβολές στο ηλεκτροστατικό πεδίο της πλάκας, με τις οποίες απεικονίζονται τα μαλακά μόρια του λάρυγγα, πολύ καθαρά στην ακτινογραφία. Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι απαιτεί 20πλάσια ποσότητα ακτινοβολίας συγκριτικά με την απλή ακτινογραφία.

ε. Αξονική τομογραφία. Αποτελεί την καλύτερη απεικονιστική μέθοδο εξέτασης του λάρυγγα.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα αποτελεί τον συχνότερο κακοήθη όγκο των ώτων-ρινός-λάρυγγα και τραχήλου και σε ποσοστό 2-3% του συνόλου των κακοήθων νεοπλασμάτων του ανθρώπινου σώματος.

Η πάθηση αφορά τη μέση και τη μετέπειτα ηλικία (40-60 χρόνων), όμως μπορεί να εμφανισθεί και σε προγενέστερη ηλικία. Συχνότερα η πάθηση προσβάλλει τους άντρες παρά τις γυναίκες, στις οποίες είναι πολύ σπάνια, δηλαδή παρουσιάζεται η αναλογία 20:1. Η αιτιολογία της διαφοράς αυτής δεν είναι γνωστή, ίσως ορμονικοί λόγοι παίζουν κάποιο ρόλο. Πάντως, λόγω της αύξησης του αριθμού των γυναικών που καπνίζουν, παρατηρείται αύξηση προσβαλλόμενων γυναικών (δηλ. αναλογία 11:1), ενώ οι ειδικοί υπολογίζουν ότι η συχνότητα του καρκίνου του λάρυγγος της γυναίκας θα αυξηθεί.

Οι έρευνες δείχνουν ότι εντοπίζεται κυρίως στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες με ανεβασμένο βιοτικό επίπεδο. Οι ΗΠΑ και οι δυτικές χώρες έχουν το προβάδισμα, παρουσιάζοντας κατακόρυφη άνοδο στην καμπύλη των στατιστικών πινάκων μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, εποχή που ο αριθμός των καπνιστών φτάνει σε υπερβολικά μεγέθη και αυξάνεται συνεχώς.

Σ' αυτές τις χώρες και σε πληθυσμούς εργατών, σε βιομηχανίες πρώτων υλών, οδηγούς ταξί, λεωφορείων κ.λ.π. καθώς και σε ανθρώπους που χρησιμοποιούν για μεγάλο χρονικό διάστημα και έντονα τη φωνή τους π.χ. εκπαιδευτικοί, ηθοποιοί, τραγουδιστές κ.λ.π., αναγράφονται ποσοστά πολύ μεγαλύτερα που φτάνουν μέχρι και 10% των καρκίνων του σώματος.

Η φυλή και η περιοχή, φάνηκε να επηρεάζουν τη συχνότητα των περιστατικών, διαπιστώθηκε όμως ότι τα νούμερα αλλοιώνονται με τη διαφοροποίηση των συνθηκών ζωής και των συνηθειών του πληθυσμού.

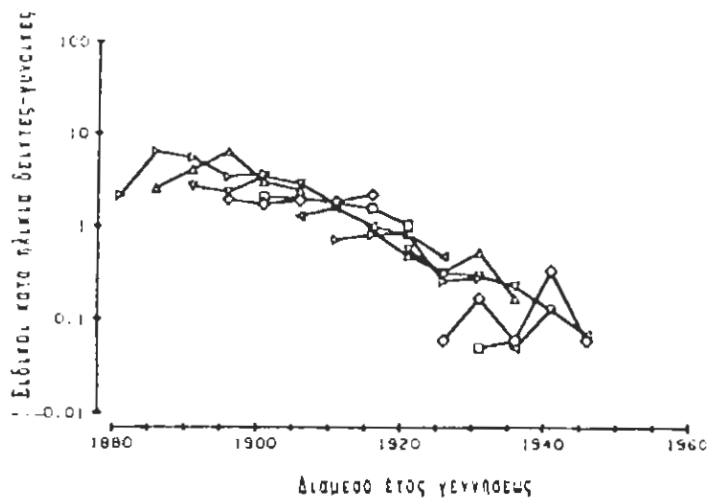
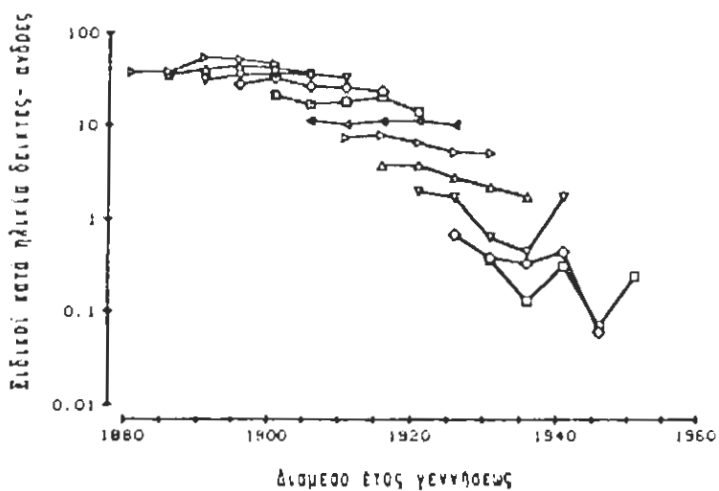
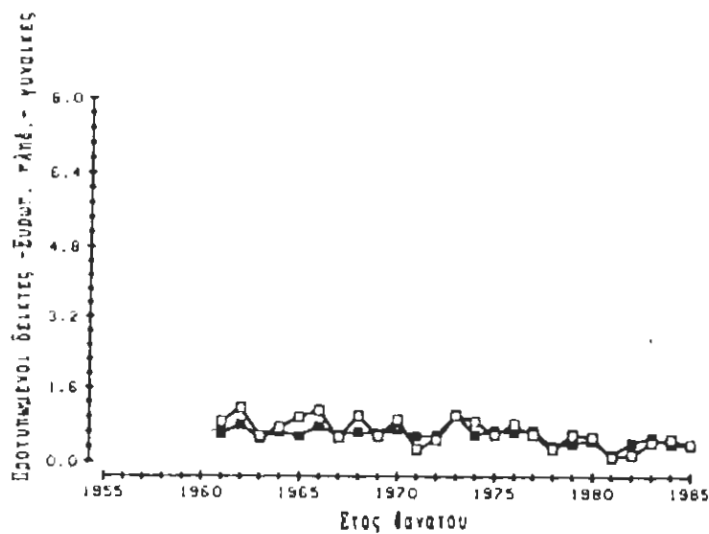
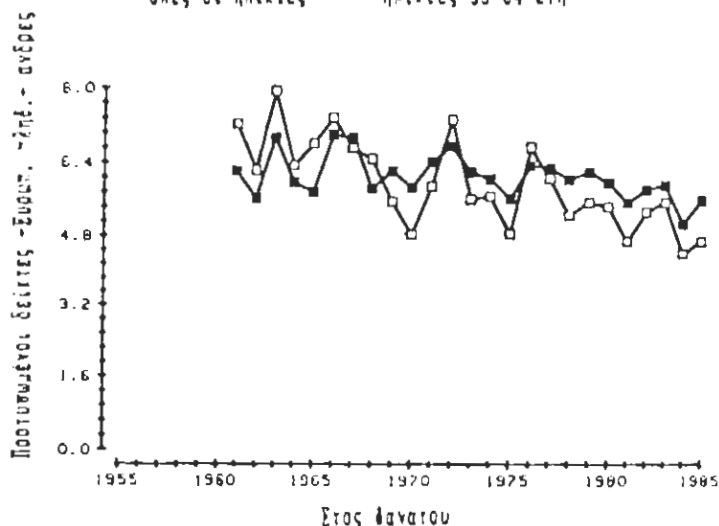
Σταθερά όμως μένει η αναλογία ανάμεσα στους καπνιστές και μη. Αυτή διατηρείται στο ακραίο σημείο 100:1, φτάνοντας έτσι στο σημείο να μπορούμε με ακρίβεια να πούμε ότι όλοι οι προσβληθέντες από καρκίνο λάρυγγα είναι μανιώδεις καπνιστές.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1961-85 (ΔΤΝ 161)

Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων	Προτυπωμένοι δείκτες Ευρωπ. κληθ.	
		(1)*	(2)**
Ανδρες			
1961-65	952	4.18	6.58
1966-70	1108	4.30	5.88
1971-75	1252	4.12	5.51
1976-80	1385	4.08	5.48
1981-85	1371	3.67	4.62

Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων	Προτυπωμένοι δείκτες Ευρωπ. κληθ.	
		(1)	(2)
Γυναίκες			
1961-65	116	0.45	0.84
1966-70	140	0.45	0.78
1971-75	168	0.46	0.62
1976-80	139	0.35	0.56
1981-85	117	0.26	0.31

* όλες οι ηλικίες ** ηλικίες 35-64 ετη



Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι 12ος ανάμεσα στους άλλους καρκίνους ως προς τον αριθμό των θανάτων, στην Ελλάδα. Η χώρα μας κατέχει ενδιάμεση θέση στην θνησιμότητα από τον καρκίνο αυτό αναμεσα στις χώρες της Ευρώπης. Στη θνησιμότητα από καρκίνο του λάρυγγα παρατηρείται ελαφρή διαχρονική μείωση, που αντανακλά ίσως βελτίωση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβασεων. Ο καρκίνος του λάρυγγα στην Ελλάδα είναι 14 φορές συχνότερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες ενώ δεν έχει μεγάλες αστικές αγροτικές διαφοροποιήσεις.

Οι κυριώτεροι παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών που δρουν και συνεργικά.

ΕΠΙΣΤΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ													ΑΝΔΡΕΣ				
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1961	-	-	-	-	-	-	0.88	1.39	3.26	7.92	11.45	25.00	26.17	27.32	37.89	39.04	31.58	
1962	-	-	-	-	-	-	0.30	1.07	3.82	6.44	18.75	20.83	33.81	30.30	27.03	30.81	5.26	
1963	-	-	-	-	-	-	0.30	2.25	4.92	8.01	11.89	24.89	27.64	40.70	40.13	46.07	21.98	
1964	-	-	0.28	-	-	-	-	2.60	3.75	6.35	11.69	16.18	26.94	25.94	33.93	47.24	47.34	
1965	-	-	-	-	-	-	0.31	2.53	2.90	7.99	12.04	19.31	33.72	29.07	33.33	22.78	37.04	
1966	0.26	-	-	0.32	0.32	-	0.32	3.21	4.82	11.79	11.52	14.96	31.78	26.91	40.63	40.40	76.02	
1967	-	-	-	-	-	-	-	1.12	3.23	8.75	11.67	19.78	31.87	41.53	43.01	50.26	43.01	
1968	-	-	-	-	0.28	-	-	4.64	6.45	12.32	16.30	29.27	31.03	24.54	26.32	42.55	-	
1969	0.25	-	-	-	-	-	-	1.68	2.23	6.28	8.40	18.56	35.62	34.09	44.03	37.69	31.91	
1970	-	-	-	-	-	-	-	0.31	0.63	5.36	7.35	14.77	32.00	37.42	47.62	31.33	31.36	
1971	-	-	-	-	-	-	0.70	0.32	4.92	6.41	12.65	16.96	25.45	33.47	63.16	38.74	39.43	
1972	-	-	-	-	-	-	-	1.57	3.32	9.39	11.63	23.15	21.86	35.43	41.10	72.77	40.00	
1973	-	-	-	0.31	-	-	-	-	2.79	8.18	7.96	17.85	29.06	40.61	35.25	63.08	26.49	
1974	-	-	-	-	-	-	0.81	0.94	2.01	6.97	11.21	16.36	24.72	35.95	43.21	50.81	32.68	
1975	-	0.26	-	-	-	0.33	-	0.34	1.30	3.74	11.45	15.50	30.62	33.08	35.13	40.82	35.37	
1976	-	-	-	-	-	-	0.38	0.70	1.58	6.31	10.94	24.97	23.36	32.52	51.07	52.75	41.53	
1977	-	-	-	-	-	-	-	0.72	2.12	5.97	12.66	19.52	22.98	40.84	39.83	61.31	35.03	
1978	0.28	-	-	-	-	-	-	0.32	1.24	4.58	9.41	20.93	32.18	34.13	38.88	46.18	41.01	
1979	-	-	-	-	0.27	-	-	0.38	4.04	6.75	9.89	15.09	23.92	33.44	50.62	47.17	55.90	
1980	-	-	-	-	-	-	-	0.37	1.82	5.83	13.16	19.84	25.21	37.49	36.33	68.39	48.63	
1981	-	-	-	-	0.28	-	0.31	0.32	0.61	5.83	7.23	15.88	20.80	29.21	33.77	63.75	64.75	
1982	-	-	0.26	-	0.28	-	0.31	1.42	2.38	7.69	8.86	14.21	28.38	33.73	33.36	49.84	35.09	
1983	-	-	0.27	-	-	-	-	2.20	2.11	3.97	12.64	16.27	24.64	33.98	48.42	42.23	31.52	
1984	-	-	-	-	-	-	-	1.11	1.54	3.37	12.31	10.83	18.90	33.10	31.43	40.11	56.18	
1985	-	-	-	-	-	-	0.59	1.61	1.91	4.26	9.23	13.93	24.50	32.99	36.20	37.14	63.36	

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ													ΓΥΝΑΙΚΕΣ				
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1961	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.76	0.42	1.89	2.84	2.23	2.71	1.31	-	6.90
1962	-	-	-	-	0.28	-	-	-	1.67	1.56	1.22	1.86	0.55	0.71	3.49	3.98	4.33	7.04
1963	-	-	-	-	-	-	0.27	-	-	1.23	-	1.37	0.54	1.36	2.61	3.86	6.25	3.56
1964	-	-	-	-	-	0.27	-	0.39	-	-	0.39	0.45	4.17	3.85	2.67	1.21	-	7.35
1965	-	-	-	-	-	-	-	0.76	0.87	0.87	1.55	0.89	2.02	1.25	1.75	2.34	-	3.91
1966	-	-	-	-	-	-	-	0.36	0.43	0.43	0.77	2.63	3.07	3.38	3.40	-	-	-
1967	-	-	-	-	-	0.31	-	0.43	0.43	0.40	0.84	1.94	1.78	1.62	6.54	7.95	1.42	-
1968	-	-	-	-	-	0.33	-	0.83	0.83	1.67	1.62	1.43	1.73	2.31	1.09	3.88	3.40	-
1969	-	-	-	-	-	-	-	0.60	0.60	0.43	1.61	0.94	0.56	2.91	4.46	8.99	10.34	-
1970	-	0.29	-	-	-	-	0.31	0.30	0.74	0.85	1.14	3.09	1.48	1.35	4.48	6.38	4.65	-
1971	-	-	-	0.31	-	-	-	0.59	-	-	0.39	0.87	4.14	2.49	3.49	6.91	3.02	6.90
1972	-	-	-	-	-	-	-	0.30	0.34	0.43	0.81	1.27	1.49	2.53	5.15	7.96	6.40	-
1973	-	-	-	-	-	-	0.30	0.30	0.33	1.67	2.21	1.66	2.45	6.07	14.71	1.60	4.16	-
1974	-	-	-	-	-	-	-	0.30	0.94	1.21	0.86	2.44	0.48	5.96	3.67	4.85	2.01	-
1975	0.30	-	-	0.29	-	-	-	-	-	0.77	0.88	2.44	0.94	4.88	4.33	9.60	9.82	-
1976	-	-	-	-	-	-	-	0.31	0.59	0.37	0.45	2.87	0.92	5.61	2.46	3.12	3.89	-
1977	-	-	-	-	-	-	-	0.66	-	-	0.33	1.30	1.67	3.13	4.42	5.41	3.03	5.86
1978	-	-	-	-	-	-	-	0.29	-	0.35	0.53	0.87	2.62	1.65	2.95	2.86	-	-
1979	-	-	-	-	-	-	-	0.34	0.29	-	1.65	1.35	0.86	2.15	1.43	3.97	1.96	-
1980	-	0.28	-	-	-	-	-	0.29	1.14	-	0.40	0.89	1.70	0.52	2.77	3.72	7.72	-
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.90	0.44	1.02	1.48	1.22	2.15	-	-
1982	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.56	0.72	0.44	3.07	1.99	2.00	9.98	3.87	-
1983	-	-	-	-	-	-	0.30	-	0.29	-	2.19	3.18	2.41	4.59	3.15	5.61	-	-
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	0.29	0.56	1.59	0.43	1.39	1.41	3.23	1.01	3.62	-
1985	-	-	-	-	-	-	-	0.68	-	0.56	-	1.22	2.81	1.86	0.63	2.91	1.75	-

2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως σε όλα τα είδη των καρκίνων, έτσι και οι αιτιολογικοί παράγοντες της γενέσεως του καρκινώματος του λάρυγγα, δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Οπωσδήποτε έχει αποδειχθεί ότι χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες (καπνοί, εισπνοή καρκινογόνων ουσιών) ασφαλώς παίζουν ρόλο στη γένεση του νεοπλασματος, καθώς και φυσικοί (ακτίνες RONTGON κ.λ.π.).

Υπάρχει μια σαφής διάκριση στην εντόπιση του καρκίνου του λάρυγγος, η οποία συσχετίζεται άμεσα με την αιτιολογία του. Συγκεκριμένα η υπεργλωττιδική εντόπιση, ακολουθεί τους επιδημιολογικούς χαρακτήρες του καρκίνου του φάρυγγος και της στοματικής κοιλότητας, σε αντίθεση με τον καρκίνο του ιδίως λάρυγγος (γλωττιδική και υπογλωττιδική εντόπιση), στον οποίο διαπιστώνεται ιδιαίτερη συσχέτιση με το κάπνισμα.

Η γλωττιδική εντόπιση είναι η συνηθέστερη (άνω των 50% εκ των καρκίνων του λάρυγγος), λόγω της ελλείψεως βλεννογόνων αδένων ή κροσσωτών κυττάρων των φωνητικών χορδών, με αποτέλεσμα το εισπνεόμενο υλικό να καθιλώνεται στην γλωττίδα χωρίς να μπορεί να αποβληθεί. Έτσι εξηγείται η επίδραση του καπνίσματος. Αντίθετα στην υπεργλωττιδική εντόπιση, αιτιολογική σχέση έχουν διάφορες επαγγελματικές σκόνες και ερεθιστικές ουσίες καθώς και το αλκοόλ.

Οι καπνιστές έχουν παράγοντα κινδύνου μεγαλύτερο 3-39 φορές για την ανάπτυξη καρκίνου του ιδίως λάρυγγος, έναντι των μη καπνιστών. Επίσης οι τέως καπνιστές (με διακοπή 10-15 ετών) έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο, σε σχέση με τους εν ενεργεία καπνιστές.

Ισχυρή συσχέτιση αποδεικνύεται επίσης σε διάφορες εργασίες, μεταξύ αλκοόλ και καρκίνου του λάρυγγος με σχετικό παράγοντα κινδύνου 1,5-4,4 σε χρήστες έναντι μη χρηστών αλκοόλ, ενώ επί πλέον αποδεικνύεται και

συνεργατική δράση μεταξύ καπνίσματος και αλκοόλ, στην εμφάνιση του καρκίνου του λάρυγγα.

3. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα είναι κατά κανόνα (αναλογία) 99% μαλπιγγιανού τύπου. Αυτό αποδίδεται στο ότι η μεν περιοχή των γνήσιων φωνητικών χορδών και το άνω τεταρτημόριο της οπίσθιας επιφάνειας της επιγλωττίδας καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο, το δε κροσωτό κυλινδρικό επιθήλιο, που καλύπτει την υπόλοιπη επιφάνεια της λαρυγγικής κοιλότητας, μεταπλάσσεται πριν από την ανάπτυξη του καρκινώματος σε πλακώδες, πιθανόν από την επίδραση του καπνίσματος ή τις ρυπαντικές ουσίες της ατμόσφαιρας.

Η γλωττιδική μοίρα του λάρυγγα (γνήσιες φωνητικές χορδές) προσβάλλεται συχνότερα, ακολουθούν δε κατά σειρά η υπεργλωττιδική και η υπογλωττιδική μοίρα. Στο λάρυγγα σπάνια συμβαίνουν μεταστάσεις, όταν όμως συμβούν η πρωτοπαθής εστία συνήθως βρίσκεται στο νεφρό, στον προστάτη ή το μαστό ή είναι μετάσταση από μελάνωμα.

Οι γλωττιδικοί όγκοι είναι κατά κανόνα καλά διαφοροποιημένοι, αναπτύσσονται αργά και λόγω του φτωχού λεμφικού δικτύου της περιοχής, μεθίστανται σε πολύ προχωρημένα στάδια, όταν έχει επεκταθεί πέραν των γνήσιων φωνητικών χορδών. Προσβάλλουν συνήθως το πρόσθιο τμήμα της φωνητικής χορδής, και επεκτείνεται συχνά ακτινοειδώς. Όταν φτάσουν στην πρόσθια γωνία και προσβάλλουν το μίσχο της επιγλωττίδας η παραπέρα επέκτασή τους είναι ευκολότερη, ενώ το 75% περίπου αυτών, διηθούν το περιχόνδριο και τον θυρεοειδή χόνδρο και επεκτείνονται εξωλαρυγγικώς.

Οι υπεργλωττιδικοί όγκοι είναι συνηθέστερα ευμεγεθείς, ογκώδεις με ανώμαλα χείλη και παρουσιάζουν κεντρικές περιοχές νεκρώσεως. Επεκτείνονται προς τα πάνω και προσβάλλουν το φάρυγγα, την ρίζα της γλώσσας και τον προεπιγλωττιδικό χώρο. Η επέκτασή τους προς την γλωττίδα είναι σπανιότερη. Αυτό αποδίδεται στην διαφορετική εμβρυική καταγωγή της υπεργλωττιδικής από την γλωττιδική και υπογλωττιδική

μοίρα του λάρυγγα, εξαιτίας της οποίας τα λεμφικά τους δίκτυα δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Οι γνήσιες φωνητικές χορδές έχουν ελάχιστα λεμφαγγεία και το γεγονός αυτό αποτελεί φραγμό στην κάθετη επέκταση του καρκίνου.

Οι υπογλωττιδικοί όγκοι αναπτύσσονται γρήγορα και επεκτείνονται προς την γνήσια φωνητική χορδή και την τραχεία και διηθούν κυκλοτερώς τα τοιχώματα της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα.

Η αρχική έκφυση του καρκίνου άλλοτε ταχύτερα και άλλοτε βραδύτερα επεκτείνεται στους γύρω ιστούς με διήθηση του βλεννογόνου ή του υποβλεννογόνιου και στη συνέχεια και έξω της λαρυγγικής κοιλότητας, κυρίως δια της λεμφικής και σπανιότερα δια της αιματικής οδού.

Η ευχέρεια και η συχνότητα της μετάστασης του καρκίνου του λάρυγγα στα τραχηλικά λεμφόγαγγλια εξαρτάται κυρίως από την πυκνότητα του λεμφικού δικτύου της περιοχής, στην οποία εντοπίζεται αρχικά ο όγκος. Η υπεργλωττιδική περιοχή παροχετεύει τη λέμφο προς τα άνω δια του άνω λεμφικού δικτύου, το οποίο είναι αρκετά πυκνό και συνοδεύοντας την άνω λαρυγγική αρτηρία και φλέβα διατιτραίνει τη θυρεοειδή μεμβράνη και καταλήγει στην άλυσσο των εν τω βάθει τραχηλικών λεμφογαγγλίων.

Η γλωττιδική περιοχή και ιδίως οι γνήσιες φωνητικές χορδές έχουν ελάχιστα και υποτυπώδη λεμφαγγεία. Η δε υπογλωττιδική όπως και η υπεργλωττιδική, έχει επίσης αρκετά αναπτυγμένο λεμφαγγειακό δίκτυο, που παροχετεύει προς τα κάτω, δηλαδή στα προτραχειακά και προλαρυγγικά λεμφογάγγλια. Από εκεί η λέμφος της υπογλωττιδικής περιοχής κατευθύνεται στην κατώτερη μοίρα της αλύσου των εν τω βάθει τραχηλικών λεμφογαγγλίων, στην παρατραχειακή άλυσσο προς το μεσοθωράκιο.

Έτσι οι υπεργλωττιδικοί και οι υπογλωττιδικοί όγκοι κάνουν ευκολότερα τραχηλικές μεταστάσεις σε αντίθεση με τους καρκίνους των

γνήσιων φωνητικών χορδών, που πολύ σπανιότερα και σε πολύ προχωρημένα στάδια μεθίστανται.

4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε σημείο της λαρυγγικής κοιλότητας. Οι διάφορες όμως εντοπίσεις του ταξινομούνται στις παρακάτω 4 κατηγορίες:

1. Υπεργλωττιδική, όταν η εντόπιση περιορίζεται σε περιοχή που εκτείνεται από το ελεύθερο χείλος της επιγλωττίδας μέχρι και τις νόθες φωνητικές χορδές.

2. Γλωττιδική, όταν η εντόπιση αφορά τις γνήσιες φωνητικές χορδές. Το κάτω όριο της επέκτασης του όγκου για να χαρακτηριστεί αυτός ως γλωττιδικός, δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1 εκ. από το ελεύθερο χείλος της χορδής.

3. Υπογλωττιδική, όταν ο όγκος βρίσκεται στην υπογλωττιδική περιοχή, της οποίας το άνω όριο να απέχει 1 εκ. από το ελεύθερο χείλος των γνήσιων φωνητικών χορδών.

4. Διαγλωττιδική, όταν οι όγκοι διέρχονται δια της λαρυγγικής κοιλίας για να καταλάβουν τις νόθες και τις γνήσιες φωνητικές χορδές.

Η Ανατομο-κλινική ταξινόμηση του καρκίνου του λάρυγγα γίνεται με το σύστημα T.N.M. Όπου το T αντιπροσωπεύει τον πρωτοπαθή όγκο, το N τους τοπικούς λεμφαδένες και το M τις μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

Λιακρίνονται τέσσερα στάδια της νόσου:

Στάδιο I. (T₁, N₀, M₀). Ο όγκος είναι περιορισμένος και η κινητικότητα του λάρυγγα είναι ακέραια.

Στάδιο II. (T₂, N₀, M₀ & T₃, N₀, M₀). Ο όγκος περιορίζεται σε μια ανατομική περιοχή, αλλά η κινητικότητα του λάρυγγα είναι ελαττωμένη ή ο

όγκος επεκτείνεται και σε άλλες ανατομικές περιοχές, αλλά περιορίζεται μέσα στο λάρυγγα.

Στάδιο III. (T_1, N_1, M_0 ή T_2, N_1, M_0 ή T_3, N_1, M_0). Ο όγκος εμφανίζει την ίδια έκταση όπως και στο δεύτερο στάδιο, αλλά ο λάρυγγας δεν κινείται, ή ο όγκος επεκτείνεται και εκτός των ορίων του λάρυγγα και ανευρίσκεται διογκωμένος μονήρης λεμφαδένας στη μία πλευρά.

Στάδιο IV. (όλοι οι υπόλοιποι συνδυασμοί του T.N.M.). Εκτός από τον όγκο του λάρυγγα ανευρίσκονται αντίστοιχα ή αμφίπλευρα, καθηλωμένα ή μη, λεμφογάγγλια με ή χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.

5. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συνήθως οι άρρωστοι είναι άνω των 50 ετών και ως επι το πλείστον έχουν ιστορικό κατάχρησης καπνού ή και οينوπνευματωδών ποτών. Η συμπτωματολογία, αρχικά τουλάχιστον, παρουσιάζει πολλές διαφορές κατά περίπτωση, ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου. Πάντως, τα κυριότερα και συνηθέστερα ενοχλήματα για τα οποία οι άρρωστοι προσέρχονται στο γιατρό είναι η δυσκαταποσία, η δύσπνοια, η αντανακλαστική ωταλγία και το βράγχος της φωνής.

Η δυσκαταποσία παρατηρείται συνήθως σε καρκίνους του απιοειδούς βόθρου, του υπεργλωττιδικού λάρυγγα και της βάσης της γλώσσας. Δύσπνοια παρατηρείται από όγκους που εντοπίζονται στον λαρυγγοφάρυγγα, στην υπογλωττιδική μοίρα του λάρυγγα, καθώς και σε άλλες θέσεις του λάρυγγα, εφόσον η μάζα του όγκου, αποφράσει την αναπνευστική οδό, ή καθηλώνει τις φωνητικές χορδές. Η δυσχέρεια της αναπνοής είναι προοδευτική και γι' αυτό αρχικά γίνεται ανεκτή από τον άρρωστο, ο οποίος αποφεύγει να παεί στο γιατρό. Έτσι η διάγνωση της αιτίας της γίνεται σε προχωρημένα στάδια της απόφραξης. Δεν είναι όμως και ασύνηθες κατά τα αρχικά στάδια να αποδοθούν τα δυσπνοϊκά φαινόμενα σε άλλα αίτια (άσθμα κ.τ.λ.).

Η αντανακλαστική ωταλγία είναι χαρακτηριστική σε περιπτώσεις μεγάλων όγκων του απιοειδούς βόθρου, της βάσης της γλώσσας και του γλωσσοεπιγλωττιδικού βόθρου, οπότε το ερέθισμα μεταβιβάζεται με το πνευμονογαστρικό νεύρο.

Το βράγχος της φωνής, που διαρκεί περισσότερο από 3 εβδομάδες, πρέπει να προκαλεί την υποψία του γιατρού για πιθανή κακοήθη νεοπλασία του λάρυγγα, γιατί το σύμπτωμα αυτό είναι το πρωιμότερο και συνηθέστερο σε περίπτωση καρκινωμάτων των φωνητικών χορδών. Το βράγχος της φωνής αποτελεί κανόνα για τους γλωττιδικούς όγκους, είναι δε σύνηθες και κατά τους υπογλωττιδικούς, εφόσον η νεοπλασία διηθήσει τις φωνητικές χορδές,

ενώ στους υπεργλωττιδικούς και τους καρκίνους του απιοειδούς βόθρου αποτελεί πολύ όψιμο σύμπτωμα. Η αλλοίωση της φωνής οφείλεται στην παρεμβολή του όγκου μεταξύ των φωνητικών χορδών ή στον περιορισμό ή την κατάργηση της κινητικότητας αυτών από την επέκταση του καρκίνου στο φωνητικό μυ, την κρυκαρυταινοειδή διάρθρωση ή και τα κάτω λαρυγγικά νεύρα.

6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ένα από τα συνηθέστερα αίτια εσφαλμένης διάγνωσης του καρκίνου του λάρυγγα (καθώς και του φάρυγγα) είναι η επιπόλαιη, γρήγορη και πλημμελής εξέταση του αρρωστού. Ο γιατρός διαθέτει σήμερα άφθονα μέσα για να ελέγξει τις διάφορες περιοχές του λάρυγγα. Η κλινική εξέταση πρέπει να επεκτείνεται σε όλες τις περιοχές της κεφαλής και του τραχήλου, επειδή συχνά παρατηρούνται πολλαπλά καρκινώματα στην ανώτερη αναπνευστική και πεπτική οδό. Η ψηλάφηση του τραχήλου έχει ιδιαίτερη σημασία. Η παρουσία διογκωμένων τραχηλικών λεμφαγγλίων οφείλεται ενδεχομένως σε μετάσταση του καρκίνου. Η απουσία λαρυγγικού κριγμού, που προκαλείται με την τριβή του σκελετού του λάρυγγα επί του σώματος των αυχενικών σπονδύλων δια των δακτύλων, καθώς και η διαπλάτυνση του λάρυγγα και η ανεύρεση μάζας σε επαφή με αυτόν, υποδηλώνουν εξωλαρυγγική επέκταση του όγκου.

Η έμμεση και άμεση λαρυγγοσκόπηση παραμένουν οι πιο σημαντικές μέθοδοι για την διάγνωση του καρκίνου της λαρυγγικής κοιλότητας. Μερικές φορές ορισμένοι ανατομικοί παράγοντες δυσχεραίνουν την έμμεση λαρυγγοσκόπηση, όπως η μεγάλη επιγλωττίδα, η οποία μπορεί να κρύβει το πρόσθιο ήμισυ της γλωττίδας, ή το μεγάλο φύμα της επιγλωττίδας που εμποδίζει την επισκόπηση της πρόσθιας γωνίας του λάρυγγα. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να εφαρμόζονται διάφοροι τρόποι έλξης της επιγλωττίδας υπό τοπική νάρκωση.

Η άμεση λαρυγγοσκόπηση επιτρέπει πληρέστερη και ακριβέστερη εξέταση του λάρυγγα και των απιοειδών βόθρων. Πολύτιμη είναι επίσης η συμβολή της μικρολαρυγγοσκόπησης και των σύγχρονων ακάμπτων λαρυγγοφαρυγγοσκοπίων με τα οποία επιτυγχάνεται η μεγέθυνση καθώς και η φωτογράφιση των ελεγχόμενων περιοχών.

Η διάγνωση του καρκίνου του λάρυγγα πρέπει πάντοτε και οπωσδήποτε να επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση.

Η καθεμία από τις διαγνωστικές μεθόδους προσφέρει έναν ιδιαίτερο τύπο πληροφόρησης και μόνον η συσχέτιση, του συνόλου των πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει στην ορθή διάγνωση και εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, στην οποία και μόνο θα βασιστεί η εκλογή της ενδεδειγμένης κατά περίπτωση θεραπευτικής μεθόδου.

Τέλος, μετά την εξέταση του ασθενούς και τη διάμόρφωση γνώμης για την εντόπιση, το μέγεθος και την επέκταση του όγκου χρησιμοποιούνται διαγράμματα με σχηματικές απεικονίσεις του λαρυγγοφάρυγγα και του τραχήλου, επί των οποίων είναι δυνατόν να σχεδιασθεί ο όγκος. Τα διαγράμματα αυτά τοποθετούμενα στο φάκελο του ασθενούς χρησιμεύουν στο γιατρό να έχει, όποτε το θελήσει, μια σαφή και αντικειμενική αντίληψη για την αρχική εντόπιση και επέκταση της νεοπλασίας.

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκίνος του λάρυγγα αντιμετωπίζεται κυρίως με τρία βασικά θεραπευτικά σχήματα: *α) ακτινοθεραπεία, β) χειρουργική θεραπεία (συντηρητική - ριζική) και γ) χημειοθεραπεία.* Η τακτική που πρέπει να ακολουθηθεί σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από την εντόπιση και την έκταση του όγκου από την παρουσία ή μη τραχηλικών μεταστάσεων, καθώς και από την ηλικία και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

α. Ακτινοθεραπεία

Όταν ορισμένα είδη ακτινοβολίας βομβαρδίσουν την ύλη προκαλούν τον ιονισμό της. Οι ακτινοβολίες αυτές λέγονται ιονίζουσες. Οι ιονίζουσες ακτινοβολίες ή είναι πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται με μεγάλη ταχύτητα (σωματίδια α και β) ή είναι ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία πολύ μικρού μήκους κύματος (ακτινοβολία Χ και γ) που διαδίδεται με την ταχύτητα του φωτός.

Στον καρκίνο του λάρυγγα η υπερδυναμική ακτινοβολία δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Χορηγούνται 5.500 R - 8.000 σε διάστημα 6-8 εβδομάδων ανάλογα την περίπτωση. Σήμερα τα δυσάρεστα από την ακτινοβολία συμβάντα, είναι σπανιότερα και οφείλονται σε τοπική και γενική αντίδραση στην θεραπεία. Κατά κανόνα τα συμβάντα αυτά παρέρχονται, και συνήθως είναι, ερυθρότητα (σπανιότερα μεγαλύτερες βλάβες του δέρματος), οίδημα λάρυγγα, πόνος, δυσφαγία, ξηρότητα του δέρματος και του φάρυγγα και γενικά ενοχλήματα. Στον άρρωστο συνίσταται, για αρκετό χρονικό διάστημα μετά τη θεραπεία, να αποφεύγει τον ερεθισμό του λάρυγγα.

β. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι είτε τμηματικές λαρυγγεκτομές είτε ολική λαρυγγεκτομή ή ακόμα και ριζική αφαίρεση.

1. ΤΜΗΜΑΤΙΚΕΣ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΕΣ

α. *Θυρεοτομή με χορδεκτομή.* (Γίνεται όταν το νεόπλασμα περιορίζεται στη μια φωνητική χορδή και η κινητικότητά της είναι καλή).

β. *Τμηματικές εξαιρέσεις.* (Γίνεται όταν το νεόπλασμα έχει ξεπεράσει ελαφρά τα όρια της φωνητικής χορδής).

γ. *Ημιλαρυγγεκτομή.* (Γίνεται αφαίρεση του μισού λάρυγγα, όταν το καρκίνωμα της φωνητικής χορδής καταλαμβάνει μεγαλύτερα τμήματα του φωνητικού μύος και φτάνει στον αρυταινοειδή χόνδρο).

δ. *Υπεργλωττιδική οριζόντια λαρυγγεκτομή κατά ALONSO.* (Γίνεται σε περίπτωση υπεργλωττιδικού καρκινώματος).

2. ΟΛΙΚΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ

Αποτελεί τη σπουδαιότερη επέμβαση της χειρουργικής του καρκινώματος του λάρυγγα και γίνεται με την ολική αφαίρεσή του. Γίνεται σε περιπτώσεις εκτεταμένου εσωτερικού νεοπλασματος του λάρυγγα, υπογλωττιδικού, στο οποίο τμηματική εξαίρεση είναι δυνατόν να γίνει, σε περίπτωση καρκινώματος του λάρυγγα που έχει ξεπεράσει τα όριά του.

Η πρώτη επέμβαση έγινε από το χειρουργό BILLROTH που το 1873 επιχείρησε την εκτομή λάρυγγα σε άρρωστο που είχε προσβληθεί από καρκίνο. Οι χειρουργοί GLUCK και SURENSEN κατά το τέλος του 19^{ου} αιώνα, τελειοποίησαν τόσο πολύ την τεχνική της λαρυγγεκτομής, ώστε η αρχικά υψηλή θνησιμότητα (50%) χάρη στην επέμβαση να κατέβει στα 2-3 %.

Η επέμβαση γίνεται πάντοτε με γενική νάρκωση. Σε πολύ εκτεταμένα νεοπλάσματα, τα οποία δεν επιτρέπουν την διασωλήνωση του λάρυγγα προηγείται τραχειοτομία, με τοπική αναισθησία και μετά διασωληνώνεται η τραχεία από το τραχειόστομα για την εφαρμογή γενικής νάρκωσης. Μερικοί συνιστούν, η τραχειοτομία να προηγείται σε όλες τις περιπτώσεις και να

γίνεται από το τραχειόστομα η διασωλήνωση για να αποφεύγεται η εμφύτευση καρκινωματοδών κυττάρων στην τραχεία με τον ενδοτραχειακό σωλήνα.

γ. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται σε περίπτωση όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία.

Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να συμπληρώνουν τη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, γι' αυτό δίνονται σε συνδυασμό ή μετά από αυτές.

Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα διακρίνονται στις πιο κάτω ομάδες:

α. Αλκυλιούντα φάρμακα. Αυτά επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν την λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

β. Αντιμεταβολίτες. Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για την βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Λρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

γ. Αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως. Αυτά παρεμποδίζουν την σύνθεση DNA-RNA και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του καρκίνου του λάρυγγα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες:

- α) από τον χρόνο προσέλευσης του πάσχοντος στον γιατρό.
- β) από τον χώρο εντόπισης της νεοπλασίας, και την έκταση την οποία καταλαμβάνει αυτή.
- γ) από τη συνύπαρξη ή όχι τραχηλικής αδеноπάθειας
- δ) από την ιστολογική εικόνα
- ε) από τη γενική κατάσταση του ασθενούς και
- ζ) από την ηλικία

Η έγκαιρη προσφυγή του πάσχοντος στον γιατρό, με την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων είναι σημαντικός παράγοντας για την καλή πορεία της θεραπείας επειδή η λαρυγγοσκοπική εξέταση δεν είναι πάντα πλήρης ως προς την εντόπιση και την έκταση της νεοπλασματικής εξεργασίας, επιβάλλεται ο ακτινογραφικός έλεγχος του λάρυγγα (τομογραφία) και της διηθήσεως στα περίξ όργανα για να υπάρχει έτσι μια σαφής εικόνα.

Άλλος παράγοντας της πρόγνωσης είναι η συνύπαρξη ή όχι τραχηλικής αδеноπάθειας. Λεδομένου ότι επί γλωττιδικής και υπογλωττιδικής εντοπίσεως το ποσοστό διηθήσεως των επιχώριων τραχηλικών λεμφαδένων δεν υπερβαίνει το 6%, ενώ επί υπεργλωττιδικής εντοπίσεως -εξαιτίας του γεγονότος ότι η υπεργλωττιδική μοίρα έχει πολύ πλουσιότερο λεμφαγγειακό δίκτυο- φτάνει τα 30-40%. Στην δεύτερη περίπτωση οι νεοπλασματικές εξεργασίες είναι βαρύτερης προγνώσεως ανεξάρτητα από την θεραπευτική αγωγή η οποία εφαρμόζεται.

Βέβαια δεν πρέπει ποτέ να παραλείπεται η ιστολογική εξέταση, η οποία μας πληροφορεί για το βαθμό της κακοήθειας (όπως ήδη έχει

αναφερθεί τα καρκινώματα κατατάσσονται σε τέσσερις βαθμούς κακοήθειας ανάλογα με τον αριθμό των διαφοροποιημένων κυττάρων). Κατά πολλούς αυτό δεν ευσταθεί, γιατί ο όγκος εμφανίζει αλλού άλλον αριθμό διαφοροποιημένων κυττάρων, ώστε μόνο κατόπιν ολοκληρωτικής εξαγωγής και εξετάσεώς του είναι δυνατό να βαθμολογηθεί η κακοήθειά του, πράγμα το οποίο πρακτικά είναι αδύνατον.

Τέλος η γενική κατάσταση του πάσχοντος παίζει κάποιο προγνωστικό ρόλο, κυρίως όταν πρόκειται ο ασθενής να υποστεί εκτεταμένη εγχείρηση στον τράχηλο.

9. ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣΕΩΣ

Η λαρυγγεκτομή είναι αναμφισβήτητα πολύ σοβαρή εγχείρηση, που αφήνει μεγάλη αναπηρία. Η προοπτική της κατάστασης αυτής είναι φυσικό να φοβίζει του αρρώστους προκειμένου να πάρουν την απόφαση να υποβληθούν σε μια τόσο βαριά επέμβαση. Οι ψυχολογικές όμως επιπτώσεις παρουσιάζονται βαθμιαία μετά τη λαρυγγεκτομή, όταν ο άρρωστος συνειδητοποιήσει τη φωνητική του αναπηρία. Οι επιπτώσεις αυτές είναι εντονότερες σε άτομα που χρησιμοποιούσαν τη φωνή τους επαγγελματικά αλλά και σε άλλα που από το χαρακτήρα τους ήταν πολύ ομιλητικά. Έτσι, στα άτομα αυτά παρατηρείται συνήθως προοδευτική δυσθυμία και απογοήτευση, που μπορεί να εξελιχθεί σε μελαγχολία, με πολύ δυσάρεστα επακόλουθα. Οι συνέπειες αυτές της λαρυγγεκτομής πρέπει να προλαμβάνονται εγκαίρως με την πλήρη ενημέρωση του αρρώστου και οικείων των, τόσο για την καλή έκβαση της επέμβασης όσο και για τις δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα, να αποκατασταθεί η φωνητική λειτουργία σε ικανοποιητικό βαθμό. Έτσι, προ της λαρυγγεκτομής οι περισσότεροι άρρωστοι αναθαρρύνονται, αλλά και μετά τους δημιουργείται ο ζήλος της επανάκτησης της ικανότητας της ομιλίας, που και ψυχολογικά ωφελεί και πρακτικά συμβάλλει στην κατάλληλη εκπαίδευση.

Η εκμάθηση της ομιλίας μετά από λαρυγγεκτομή γίνεται με κατάλληλη λογοθεραπεία. Το αποτέλεσμα εξαρτάται κατά το πλείστον από την ικανότητα του λογοθεραπευτή. Από τους εκπαιδευόμενους αρρώστους το 25% περίπου δεν κατορθώνουν να μιλήσουν ποτέ, ενώ σε περιοχές που δεν υπάρχουν έμπειροι λογοθεραπευτές το ποσοστό ανέρχεται σε 60%.

Βάση της τροποποιημένης φωνής στην οποία εκπαιδεύεται ο άρρωστος είναι η οισοφαγοφωνία. Για να παραχθεί φωνή με τον τρόπο αυτό, πρέπει ο

άρρωστος αυτός να μάθει να καταπίνει αέρα, τον οποίο εν συνεχεία να ανάγει προς το στόμα. Έτσι παράγεται ήχος ανάλογος προς το λαρυγικό, που μπορεί να αρθρωθεί σε λέξεις με την κανονική συνεργασία της γλώσσας, των δοντιών, των χειλών κ.λ.π.

Εάν ο άρρωστος δεν μπορεί να μάθει την οισοφαγοφωνία, τότε εφαρμόζεται η χρήση του ηλεκτρονικού λάρυγγα. Αυτός είναι δονητής που παράγει ήχο σαν της ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής. Το όργανο τοποθετείται κάτω από το πηγούνι του αρρώστου, ο οποίος όταν θέλει να μιλήσει, σχηματίζει τις λέξεις στο στόμα του, που γίνονται ηχηρές από τον δονητή, και έτσι μπορεί να μιλήσει πολύ δυνατά.

Τελευταία έχουν επινοηθεί και διάφορες εγχειρήσεις, με τις οποίες γίνεται επικοινωνία της τραχείας και του οισοφάγου, έτσι ώστε το ρεύμα του εκπνεόμενου αέρα να δονεί το τοίχωμα του οισοφάγου και να παράγει ήχο, που στο στόμα αρθρώνεται σε λέξεις. Τα αποτελέσματα των εγχειρήσεων αυτών δεν είναι πάντοτε ικανοποιητικά, και χρειάζεται προσεκτική επιλογή των περιπτώσεων στις οποίες πρέπει να γίνει επέμβαση.

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ

1. ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ

Με τον όρο τραχειοτομία εννοείται η πρόσκαιρη διάνοιξη της τραχείας προς διευκόλυνση της αναπνοής, η οποία όμως μπορεί να είναι και μόνιμη. Στην δεύτερη αυτή περίπτωση καταργείται η άνωθεν της τραχείας αναπνευστική οδός. Κατά αυτήν καθηλώνεται η τραχεία, αφού προηγουμένως έχει αφαιρεθεί μικρό τμήμα χόνδρου στο δέρμα του τραχήλου, με τέτοιο τρόπο ώστε η τοποθέτηση και η αφαίρεση του σωλήνα να είναι εύκολη. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται μετά από λαρυγγεκτομή, σε περιπτώσεις μόνιμης ανεγχείρητης παράλυσης των φωνητικών χορδών, σε περιπτώσεις στενώσεως του λάρυγγα κ.λ.π.

Το τέλος του 19^{ου} αιώνα και η αρχή του 20^{ου}, αποτέλεσαν τις περιόδους της μεγαλύτερης εφαρμογής της τραχειοτομίας, η οποία εφαρμόζοταν στις επιδημίες της διφθερίτιδας, πριν από την ανακάλυψη και χρησιμοποίηση των ορών και των εμβολίων. Στην συνέχεια της περιόδου αυτής έχουμε την εφαρμογή της, κυρίως στις τοπικές παθήσεις του λάρυγγος.

Κατά την επιδημία της πολιομυελίτιδας στην Λανία το 1952 εφαρμόστηκε η τραχειοτομία από τον Lassen για την αναρρόφηση των εκκρινμάτων από τις κατώτερες αναπνευστικές οδούς, αλλά και για την εφαρμογή της τεχνικής αναπνοής δια μηχανικών μέσων, και είχε θαυμάσια αποτελέσματα. Στη συνέχεια στον πόλεμο της Κορέας η τραχειοτομία υπήρξε σωτήρια σε βαριά τραύματα του θώρακα, γιατί με αυτή ήταν δυνατόν να επιτευχθεί τόσο η αναρρόφηση όσο και η τεχνητή αναπνοή.

Από τότε και μέχρι σήμερα οι ενδείξεις της τραχειοτομίας αυξήθηκαν και σε πολλές περιπτώσεις αυτή δικαίως θεωρείται σωτήρια.

Ενδείξεις

1. Όταν υπάρχει κάποιο εμπόδιο στον λάρυγγα και η αναπνευστική λειτουργία είναι δυνατή μόνο διαμέσου παρακαμπτηρίου οδού.

Πολλές είναι οι παθήσεις οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν αναπνευστική ανεπάρκεια εξαιτίας αποφράξεως του λάρυγγα όπως π.χ. διάφοροι όγκοι, οιδήματα, ξένα σώματα, κύστες παραλύσεις κ.α.

2. Σε περιπτώσεις όπου για οποιονδήποτε λόγο έχει αποκλειστεί η αναπνευστική οδός εξαιτίας δυσμενών επιδράσεων από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οιδήματα τα οποία αφορούν την γλώσσα ή τον στοματοφάρυγγα, ή ακόμα και βαρείς τραυματισμοί του προσώπου, δημιουργούν προβλήματα διατροφής στους πάσχοντες, τα οποία προκαλούν αποκλεισμό της αναπνευστικής οδού. Στην περίπτωση αυτή με την τραχειοτομία επιτυγχάνεται η πλήρης απομόνωση των δύο συστημάτων (πεπτικό και αναπνευστικό), και ελευθερώνεται έτσι η αναπνευστική οδός.

3. Για την αναρρόφηση των εκκριμάτων. Η αδυναμία αποβολής εκκρίσεως από το τραχειοβρογχικό δέντρο προκαλεί απόφραξη και υπαερισμό των κυψελίδων. Αυτό παρατηρείται π.χ. σε κωματώδεις καταστάσεις, βρογχοπνευμονία, κατάγματα πλευρών, εμφύσημα, βρογχεκτασία, εγκεφαλική αιμορραγία, εκτεταμένες κακώσεις κεφαλής και θώρακα κ.λ.π. Στις περιπτώσεις αυτές καθώς και σε άλλες που δεν αναφέρονται γίνεται τραχειοτομία, τοποθετείται τραχειοσωλήνας με αεροθάλαμο, αναρροφούνται οι εκκρίσεις και γίνεται αναπνευστική υποστήριξη, μέχρις ότου διαπιστωθεί και αντιμετωπισθεί το αίτιο που προκάλεσε την κατακράτηση των εκκρίσεων στο τραχειοβρογχικό δέντρο.

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ

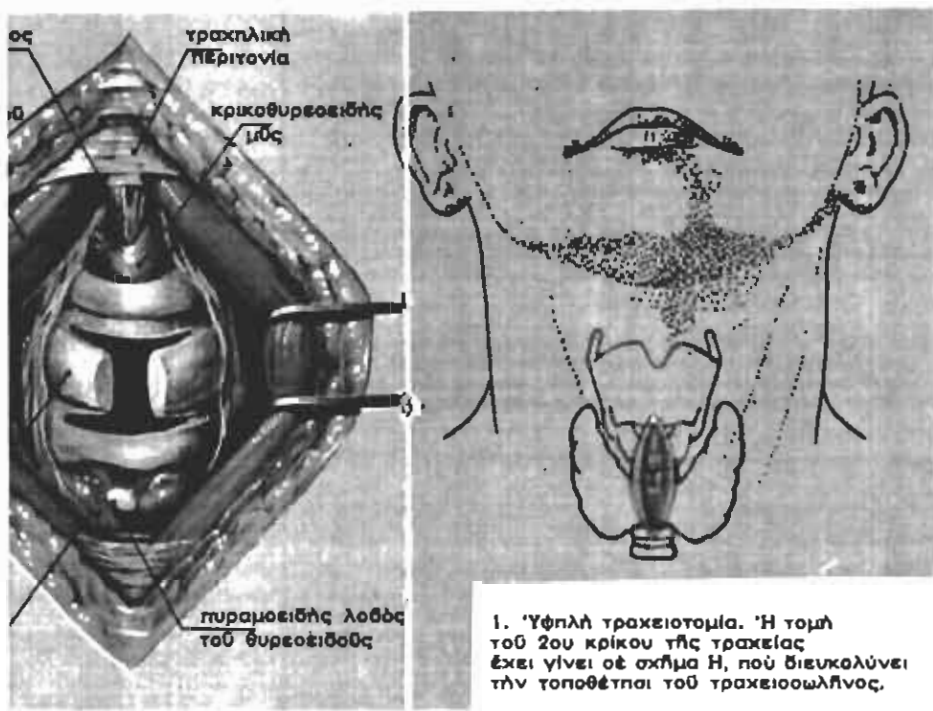
Η τραχειοτομία αποτελεί επέμβαση η οποία άλλοτε εκτελείται υπό δραματικές συνθήκες προς διάσωση του πάσχοντος και χωρίς να τηρούνται οι κανόνες της ασηψίας. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει η επέμβαση να είναι γρήγορη, ασφαλής και αποτελεσματική, ενώ απαραίτητη είναι η γνώση ορισμένων ανατομικών στοιχείων.

Η κλασική τραχειοτομία εκτελείται μεταξύ 2^{ου} και 3^{ου} ημικρίκιου της ταχείας (χαμηλή τραχειοτομία) κατά την περιοχή του θυρεοειδούς αδένου με ή χωρίς τομή αυτού. Υψηλή τραχειοτομία καλείται αυτή που εκτελείται μεταξύ κρικοειδούς χόνδρου και 1^{ου} ημικρίκιου. Η τομή του δέρματος, κατά προτίμηση είναι κάθετη, και εκτελείται αρκিবώς στη μέση γραμμή από την θυρεοειδή εντομή μέχρι την σφαγίτιδα.

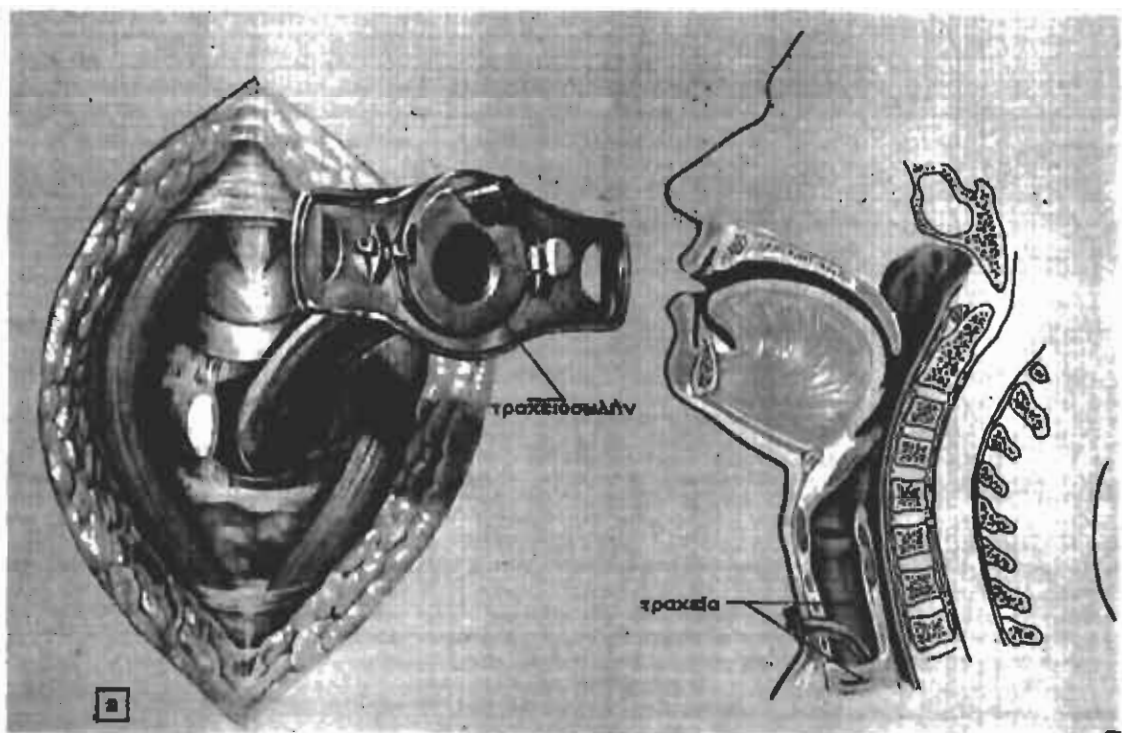
Κατά την επείγουσα τραχειοτομία προτιμάται η ημικαθιστική θέση κατά την οποία μετριάζονται τα δυσπνοιακά φαινόμενα. Η τομή θα πρέπει να είναι μεγάλη και βαθιά έτσι ώστε και το χειρουργικό πεδίο να είναι ευρύ, αλλά και η τομή να φτάνει μέχρι την θέση στην οποία θα γίνει η διάνοιξη της τραχείας. Τα αιμορραγούντα αγγεία απλώς συλλαμβάνονται χωρίς να απολινώνονται μέχρι την διάνοιξη της τραχείας και την εξασφάλιση του καλού αερισμού. Εάν υπάρχει και υποδόριο εμφύσημα, μετά την τομή του δέρματος, εκκενώνεται ο αέρας με άσκηση πίεσεως, και μετά από αυτό συνεχίζεται η αναζήτηση της τραχείας.

Στα παιδιά η τραχειοτομία είναι δυσκολότερη εξαιτίας του μικρού μεγέθους της τραχείας και της μεγάλης κινητικότητας αυτής. Εκτός από αυτό, το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένου, και των αγγείων του τραχήλου, καθιστούν δυσκολότερη την τραχειοτομία στα μικρά παιδιά. Χρειάζεται δε προσοχή κατά την διάνοιξη του τραχειακού τοιχώματος στα παιδιά, ώστε η λάμα να μην ωθηθεί πολύ βαθιά και τραυματίσει το οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας.

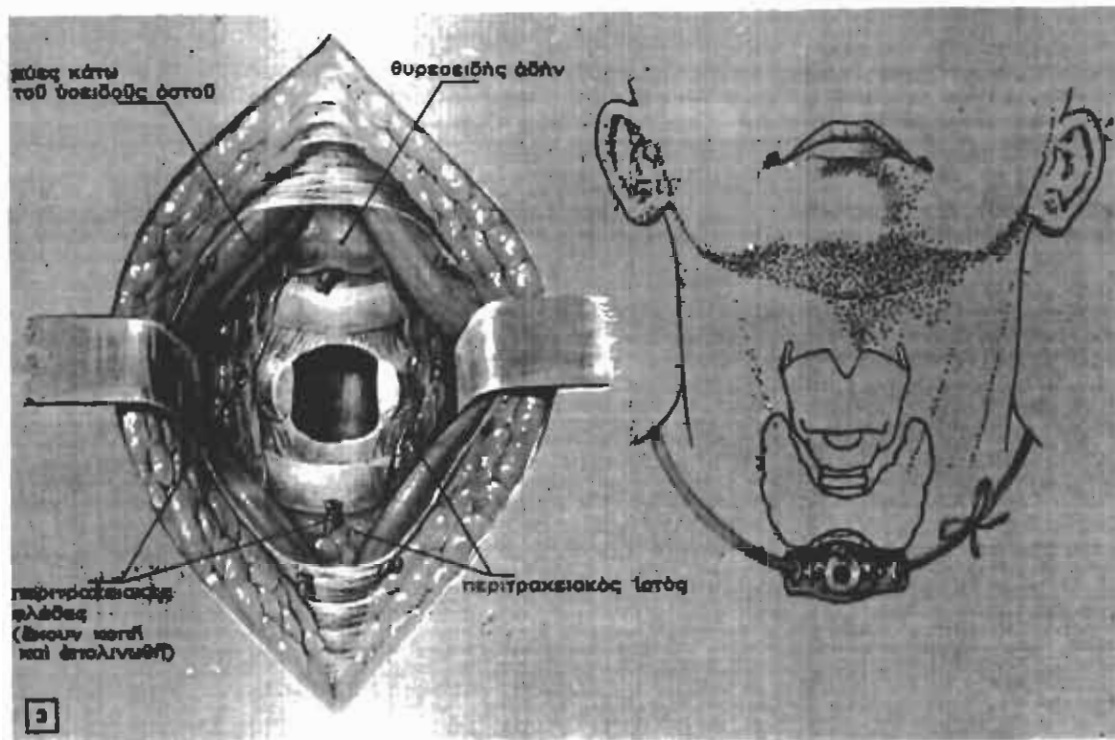
Μετά την διενέργεια μιας τραχειοτομίας, την τοποθέτηση των ραμμάτων ασφαλείας και του τραχειοσωλήνα, πρέπει πάντοτε να γίνεται ακτινογραφικός έλεγχος του θώρακα, για να ελεγχθεί η θέση της κορυφής του σωλήνα ο οποίος εάν είναι πολύ μακρύς είναι δυνατόν να εισέρχεται στον ένα κύριο βρόγχο, οπότε αυτό οδηγεί στην ατελεκτασία του άλλου πνεύμονα. Επίσης με την ακτινογραφία ελέγχεται εάν έχει δημιουργηθεί πνευμοθώρακας.



1. Ύψηλή τραχειοτομία. Ἡ τομή τοῦ 2ου κρίκου τῆς τραχείας ἔχει γίνει σὲ σχῆμα Η, πού διευκολύνει τὴν τοποθέτησι τοῦ τραχειοσωλήνος.



2. Εἰσαγωγή τοῦ τραχειοσωλήνος. Ἐνας τραχειοσωλήν ἀποτελεῖται ἀπὸ δύο μεταλλικοὺς σωλήνες, τὸν ἓνα μέσα στὸν ἄλλο. Δεξιᾶ φαίνεται ὁ τραχειοσωλήν στὴν θέσι πού παίρνει μέσα στὴν τραχεία (τὸ ἔπάνω τῆς μέρους εἶναι ἀνοιγμένο, τὸ κάτω ἀθικτό).



3. Χαμηλή τραχειοτομία (η τομή γίνεται κάτω από τον ισθμό του θυρεοειδούς άδενος). Οι φλέβες που εύρισκονται γύρω από την τραχεία έχουν απολινωθί. Δεξιά, τραχειοσωλην τοποθετημένος και στερεωμένος στην θέσι του με δύο κορδονια.

3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑΣ

Όπως σε κάθε επέμβαση έτσι και στην τραχειοτομία εμφανίζονται επιπλοκές που διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες.

Άμεσες

1. Άπνοια. Εάν ο ασθενής είχε αναπνευστική απόφραξη για πολλές εβδομάδες, αθροίζεται το CO₂ στις κυψελίδες των πνευμόνων και τότε το αναπνευστικό κέντρο εθίζεται στην αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Όταν διανοιχθεί η τραχεία η συγκέντρωση του CO₂ ελαττώνεται απότομα και η αναπνοή σταματά. Μπορεί όμως να επανέλθει ή με τεχνητή αναπνοή ή με χορήγηση στον ασθενή 5% CO₂ στον εισπνεόμενο αέρα.

2. Αιμορραγία. Συνήθως σταματά με πίεση, μετά από τοποθέτηση γάζας, ιωδοφορμίου στην είσοδο του τραχειοστόματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Όταν είναι επίμονη, αναζητείται και απολινώνεται το υπεύθυνο αγγείο.

3. Πνευμοθώρακας. Συνήθως εμφανίζεται μετά από επείγουσα τραχειοτομία και είναι συχνότερος στα παιδιά.

4. Υποδόριο εμφύσημα. Τούτο είναι δυνατό να οφείλεται σε αεροστεγή συρραφή του δέρματος γύρω από τον τραχειοσωλήνα. Όταν συμβεί πρέπει τα ράμματα του δέρματος να αφαιρούνται.

5. Μετακίνηση του τραχειοσωλήνα. Δημιουργείται ο κίνδυνος ασφυξίας.

6. Τραχειοοισοφαγικό συρίγγιο.

7. Παράλυση του κάτω λαρυγγικού νεύρου.

8. Τραυματισμός του κρικοειδούς χόνδρου, λόγω υψηλής τραχειοτομίας.

9. Αεροφαγία. Συμβαίνει κυρίως στα μικρά παιδιά και αντιμετωπίζεται με τη τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.

10. Εισρόφηση γαστρικών υγρών ή τροφών.

Έμμεσες

1. Όψιμη αιμορραγία. Οφείλεται συνήθως στη διάβρωση ενός μεγάλου αγγείου λόγω συνεχούς πίεσης αυτού από τον αεροθάλαμο του σωλήνα ή από το άκρο του. Περισσότερο προσβάλλεται η ανώνυμη αρτηρία. Κάθε αιμορραγία που συμβαίνει 4-5 ημέρες μετά την επέμβαση μπορεί να οφείλεται σ' αυτή την επιπλοκή που συνήθως είναι θανατηφόρα.

2. Τραχειοοισοφαγικό σπρίγγιο. Συνήθως είναι θανατηφόρα επιπλοκή, οφειλόμενη σε νέκρωση από πίεση του οπίσθιο τοιχώματος της τραχείας. Καταλήγει στην δημιουργία επεισοδίων επικίνδυνων πνευμονιών.

3. Δύσκολη αποσωλήνωση. Είναι επιπλοκή ιδιαίτερα συχνή στα μικρά παιδιά. Ο τραχειοσωλήνας πρέπει να αφαιρείται το αργότερο εντός 10 ημερών. Εάν δε γίνει αυτό, το παιδί έχει ψυχολογικό πρόβλημα και συνηθίζει να αναπνέει με μικρότερη προσπάθεια. Ακόμα μπορεί να σταματήσει το αντανακλαστικό της άπνοιας κατά την κατάποση και η τραχεία να γίνεται πολύ μαλακή, λόγω νέκρωσης των χόνδρων του τοιχώματός της. Στους μεγάλους η αποσωλήνωση γίνεται με προοδευτική ελάττωση του μεγέθους του τραχειοσωλήνα.

4. Στένωση της υπογλωττιδικής μοίρας του λάρυγγα. Αυτή γίνεται λόγω βλάβης του κρικοειδούς χόνδρου από τραύμα ή περιχονδρίτιδα. Η στένωση είναι συχνότερη στα παιδιά. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές όχι πολύ ικανοποιητικές για τη διόρθωση της στένωσης.

5. Πρόβλημα ουλής. Εάν δημιουργηθεί ουλή που προκαλεί αισθητικό πρόβλημα, αυτή διορθώνεται με την εκτέλεση πλαστικής επέμβασης.

ΜΕΡΟΣ ΠΕΜΠΤΟ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Εισαγωγή

Η Νοσηλευτική ανήκει στο χώρο των επιστημών υγείας και είναι ένα από τα κυριότερα έργα που ασχολείται με την φροντίδα του ανθρώπου. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Η ειδική ευθύνη της Νοσηλευτικής συνίσταται στην εξασφάλιση ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. άρχισε σαν ανταπόκριση στις ανάγκες όλων των ανθρώπων για ασφάλεια, άνεση, φροντίδα και υποστήριξη στις διάφορες καταστάσεις υγείας.

Πυρήνας της Νοσηλευτικής είναι η φροντίδα (care) του ανθρώπου με προβλήματα υγείας υπαρκτά ή δυνητικά και προσφορά υπηρεσίας, στοιχεία που αποτελούν την παγκόσμια έννοιά της και στα οποία οι σύγχρονοι συγγραφείς και ερευνητές, αναφέρονται συχνά.

Φροντίδα και υπηρεσία, τα ιστορικά και ιδεολογικά θεμέλια της Νοσηλευτικής εκφράζονται στο αίτημα των σύγχρονων νοσηλευτών που αναζητούν και απαιτούν να ασκούν την Νοσηλευτική σαν τρόπο φροντίδας με αυτονομία και προσφορά υπηρεσίας χωρίς υποτέλεια.

Η Νοσηλευτική, όπως και όλοι οι κλάδοι υγείας, εξελίσσεται τόσο από πλευράς εκπαίδευσης και προετοιμασίας των νοσηλευτών όσο και από πλευρά άσκησης. Στην χώρα μας οι περισσότεροι νοσηλευτές σπουδάζουν στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.) μετά την κατάργηση των

ανωτέρων νοσηλευτικών σχολών του Υπουργείου Υγείας και μικρότερο ποσοστό στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που μαζί με τα τμήματα Ιατρικής, Οδοντιατρικής και Φαρμακευτικής αποτελούν τη Σχολή Επιστημών Υγείας.

Ελπίζουμε ότι γρήγορα θα λειτουργήσουν τμήματα Νοσηλευτικής και στα άλλα πανεπιστήμια της χώρας μας ώστε σταδιακά να υπάρχει μια κατηγορία πτυχιούχων νοσηλευτών με πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Έτσι πιστεύουμε ότι θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το πρόβλημα έλλειψης νοσηλευτών και θα βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η Νοσηλευτική υφίσταται διεθνώς επιστημονικά και κοινωνικά αλλαγές. Διαφοροποιεί τους τρόπους παροχής φροντίδας και τα μέσα της. Βελτιώνει τις μεθόδους νοσηλείας. Προσαρμόζει τις τεχνικές και τις διεργασίες σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας των ανθρώπων και της κοινωνίας με την ιατρική και τεχνολογική πρόοδο. Αναπτύσσει έρευνα. Προάγει την εκπαίδευση. Οργανώνει τις υπηρεσίες της. Ακόμα επηρεάζει την πολιτική της υγειονομικής φροντίδας στον κόσμο και σε διεθνή κλίμακα. Συνειδητοποιεί την αναγκαιότητα της προσφοράς της στο χώρο της υγείας και προσπαθεί να ανταποκρίνεται στην πρόκληση του παρόντος αλλά και του μέλλοντος, γιατί φαίνεται ότι η ανάγκη για νοσηλευτές θα συνεχίσει να είναι μεγάλη και στο 21ο αιώνα, ενώ θα ελαττώνεται για γιατρούς.

Ογκολογική Νοσηλευτική

Ένας τομέας που η Νοσηλευτική παρουσιάζει μεγάλη πρόοδο είναι η ογκολογία. Αυτός ο χώρος προσφέρεται ιδιαίτερα για την πραγμάτωση του σκοπού της, γιατί είναι το είδος της αρρώστιας, ο καρκίνος, που προκαλεί άγχος, αποδιοργάνωση του ατόμου και της οικογένειας και απειλή για τη ζωή. Η κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας αποτελεί μεγάλη συμβολή.

Η Ογκολογική Νοσηλευτική σε πολλές χώρες του κόσμου είναι επίσημα αναγνωρισμένη μεταπτυχιακή ειδικότητα. Στην Αμερική, τον Καναδά και άλλες χώρες με παρόμοια εκπαιδευτικά συστήματα ή ειδικότητα της Ογκολογικής Νοσηλευτικής παρέχεται σε επίπεδο Master Degree, ενώ σε άλλες χώρες σε διάφορα μεταπτυχιακά προγράμματα. Στην Ελλάδα με την καθιέρωση τεσσάρων νοσηλευτικών ειδικοτήτων (Ν. 1586/86) Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική και Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, η ειδίκευση στην Ογκολογία προβλέπεται στα πλαίσια των τριών κλινικών ειδικοτήτων. Μέρος, δηλαδή ειδίκευσης των νοσηλευτών στην παθολογική, χειρουργική και παιδιατρική νοσηλευτική προσφέρεται για την Ογκολογία.

Η συμβολή της Νοσηλευτικής και των νοσηλευτών στην Ογκολογία

Ο ρόλος των νοσηλευτών και της νοσηλευτικής που ασκούν είναι ευρύς, ουσιαστικός και μοναδικός. Εκτός από τις συνηθισμένες νοσηλευτικές δραστηριότητες έχει εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό ρόλο. Και δεν οφελούνται μόνο οι άρρωστοι από τους ειδικά καταρτισμένους νοσηλευτές. Κατά την άσκησή τους συνδυάζουν την εκπαίδευση των υγιών, την φροντίδα του αρρώστου, καθώς και την υποστήριξη και τη συμβουλευτική προσφορά στους στενοχωρημένους και λυπημένους.

Σε όλα τα μέρη του κόσμου ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου και νόσησης. Όμως, είναι γνωστό ότι τα περιστατικά του καρκίνου δυνατόν να ελαττωθούν σημαντικά με την προαγωγή υγιεινών συνηθειών ζωής, με την συνειδητοποίηση επικίνδυνης συμπεριφοράς και με την ενθάρρυνση συμμετοχής των πολιτών σε προγράμματα ανίχνευσης ή έγκαιρης ασυμπτωματικής νόσου. Με την πειστική διδασκαλία και ενημέρωση όλο και περισσότερο οι άνθρωποι αναλαμβάνουν προσωπική ευθύνη για την μελλοντική υγεία και ευεξία τους, πράγμα που

γίνεται με φυσικό τρόπο από τους νοσηλευτές όταν χρησιμοποιούν τις ευκαιρίες που το έργο τους προσφέρει.

Όσοι παρουσιάζουν καρκίνο, σε οποιαδήποτε φάση εκδήλωσης, δικαιούνται να έχουν φροντίδα και υποστήριξη από σωστά εκπαιδευμένους και επιδέξιους νοσηλευτές. Δικαιούνται ολιστικής και ανθρωπιστικής φροντίδας που παρέχεται από διάφορα άτομα, επαγγελματίες και μη, που εργάζονται ως ομάδα για επίτευξη κοινών και συμφωνημένων στόχων. Οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται στην ομαδική διεπιστημονική προσέγγιση παροχής υπηρεσιών και μαθαίνουν να συνεργάζονται με συναδέλφους και άλλους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας καθώς και με εθελοντές και μέλη οικογένειας αρρώστων. Όμως εδώ πρέπει να πούμε ότι οι εμπειρίες στην καθημερινή πράξη της ομαδικής εργασίας στη χώρα μας δε φαίνεται να είναι και πολύ θετικές σε σημείο μάλιστα που δεν βλέπουν οι φοιτητές μας υποκειμενική παροχή φροντίδας υγείας και νοσηλείας. Ας ελπίσουμε ότι με τις προσπάθειες που καταβάλλονται στην εκπαίδευση, προπτυχιακή και μεταπτυχιακή, σε όλα τα επαγγέλματα υγείας, θα υπάρξει διαφορετική προσέγγιση και συνεργασία, ώστε να αξιοποιούνται οι γνώσεις όλων των μελών της ομάδας υγείας και ο άρρωστος να έχει τη φροντίδα που χρειάζεται.

Οι ογκολογικοί άρρωστοι νοσηλεύονται σε ογκολογικά νοσοκομεία και ξενώνες, σε εξειδικευμένα κέντρα, σε τμήματα γενικών νοσοκομείων και στην κοινότητα. Η θεραπεία μπορεί να διαρκεί πολλούς μήνες. Συχνά γίνεται χρόνια νόσος και εναλλάσσεται από διαστήματα καλυτέρευσης και επιδείνωσης για πολλά χρόνια. Οι επιπτώσεις του καρκίνου επηρεάζουν όχι μόνο τον άρρωστο αλλά και την οικογένεια, τους φίλους, τους συναδέλφους του και τους εργοδότες. Αν η ίαση δεν είναι εφικτή, όλες οι ενέργειες κατευθύνονται προς τον έλεγχο των συμπτωμάτων και στην εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου με τη συμμετοχή της οικογένειας, που οδηγεί σε ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν από πολύ κοντά

σε όλη την εμπειρία του καρκίνου. Βρίσκονται σε μοναδική θέση να προωθούν υγιεινές συνήθειες ζωής, παρουσιάζοντας ζωντανό παράδειγμα τον εαυτό τους, να διδάσκουν την πρόληψη της αρρώστιας βοηθώντας στη συνειδητοποίηση επικίνδυνων συνηθειών και συμπεριφορών και εξασφαλίζοντας ότι οι άνθρωποι διαθέτουν την απαιτούμενη γνώση να διακρίνουν πρώιμα συμπτώματα και σημεία της αρρώστιας στο στάδιο που η ίαση ή ο έλεγχος είναι εφικτά.

Σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες υγείας καθώς και με τον άρρωστο και το περιβάλλον τους, οι ειδικευμένοι νοσηλευτές παρέχουν κατάλληλη, ολοκληρωμένη και ανθρωπιστική φροντίδα με τη βοήθεια και της σύγχρονης τεχνολογίας. Είναι ενήμεροι του ευρέως φάσματος συμπληρωματικών θεραπειών όπως massage χαλάρωσης κ.λ.π. τις οποίες πολλές φορές χρησιμοποιούν και οι ίδιοι. Όσο η αντιμετώπιση και η θεραπεία του καρκίνου γίνεται πιο σύνθετη τόσο και συνεχώς ενημερώνονται στις εξελίξεις και προόδους. Στις προβλεπόμενες παρενέργειες της θεραπείας, στόχος είναι η ελάττωσή τους ή ο έλεγχος, στα οποία συμβάλλουν οι νοσηλευτές αποτελεσματικά.

Οι επιπτώσεις του καρκίνου δεν είναι μόνο σωματικές. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εκτιμήσουν τις ψυχο-κοινωνικές διαστάσεις της αρρώστιας, τα συναισθηματικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα που έχουν σχέση με τη διάγνωση του καρκίνου και βοηθούν στην ορθή αντιμετώπιση, απευθύνονται δε και σε ειδικούς άλλων κλάδων όταν χρειάζεται.

Συμπερασματικά οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής και των νοσηλευτών στην ογκολογία περιλαμβάνουν:

1. Πρόληψη του καρκίνου με την εκπαίδευση και διδασκαλία υγιεινών συνηθειών ζωής και υγιεινής συμπεριφοράς των ανθρώπων λόγω της συνεχούς επικοινωνίας με αρρώστους και υγιείς.

2. Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματικής αλλαγής ή ασυμπτωματικής νόσου με τη συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων (screening) με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.

3. Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις του καρκίνου, από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία ή τη βοήθεια για ειρηνικό θάνατο, με την ορθή αντιμετώπιση και σωστή νοσηλεία για θεραπεία και αποκατάσταση.

4. Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρενεργειών θεραπείας με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις.

5. Έλεγχος του πόνου με τη χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων στην κατάλληλη ώρα και την απαιτούμενη δόση για την πρόληψή του και με την χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων και τρόπων.

6. Φυσική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειας σε όλη τη διάρκεια της νόσου με την ανάπτυξη διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων.

7. Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, σπίτι, ειδικά ιδρύματα κ.λ.π. με την υποστηρικτική νοσηλεία και βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας και/ή στον ειρηνικό και αξιοπρεπή θάνατο.

8. Έρευνα που αποσκοπεί κυρίως στην προαγωγή ποιότητας ζωής του αρρώστου σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας και σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά θέματα:

- Μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου (αξιολόγηση του πόνου, εκτίμηση θεραπευτικών και φαρμακευτικών αποτελεσμάτων, χρησιμοποίηση τεχνολογίας και δοκιμή τεχνικών μέσων).

- Έλεγχος παρενεργειών θεραπείας (αλωπεκία, έμετοι, ανορεξία, διατροφή, λοιμώξεις).

- Μέθοδοι αυτοφροντίδας για ανεξαρτητοποίηση του αρρώστου.
- Ανάπτυξη κριτηρίων μέτρησης ποιότητας προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Αντιμετώπιση του θανάτου από τον άρρωστο και την οικογένεια.

Η Ογκολογία προσφέρει απεριόριστες ευκαιρίες ανάπτυξης της επιστημονικής νοσηλευτικής σε όλες τις διαστάσεις.

Η προαγωγή υγείας, η πρόληψη της νόσου, η φροντίδα υγείας στην αρρώστια, η αποκαταστατική και συνεχιζόμενη φροντίδα σε όλο τον κύκλο ζωής, αποτελούν πρόκληση για όλους τους νοσηλευτές εφόσον το θέμα του καρκίνου καλύπτει το φάσμα αυτό. Παρέχεται η μοναδική ευκαιρία στους νοσηλευτές ώστε συνεργαζόμενοι και σχεδιάζοντας μαζί με τους αρρώστους και τις οικογένειές τους να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής αυτών που υπηρετούν. Η γνώση είναι δύναμη και δίνει το κύρος σ' αυτούς που την κατέχουν, να την διαθέτουν για το καλό των συνανθρώπων τους. Οι νοσηλευτές στον τομέα της Ογκολογίας έχουν μοναδικές ευκαιρίες για διαρκή βελτίωση και αύξηση των γνώσεών τους. Οφείλουν δε συνεχώς να παρακολουθούν τις νέες εξελίξεις, να αναπτύσσονται επιστημονικά και επαγγελματικά σε όλη της σταδιοδρομία τους και με τη διεπιστημονική συνεργασία να συμβάλλουν στη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

Ο ασθενής εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης κάποιου προβλήματος• η διάγνωση όμως, μπορεί να απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει την υποβολή του ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων (αιματολογικές-ακτινολογικές-βιοψίες κ.λ.π.), οι οποίες τον φέρνουν σε σχέση με μια σειρά ειδικών (γιατρών, ακτινολόγων κ.λ.π.) που βρίσκονται σε άγνωστο και μη οικείο περιβάλλον.

Η νοσηλεύτρια είναι συχνά η πρώτη από τους ειδικούς, με την οποία έρχεται σε επαφή ο ασθενής και το οικογενειακό του περιβάλλον, όταν εισέρχονται στο νοσοκομειακό σύστημα. Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι η αρχή της σχέσης νοσηλεύτριας - ασθενούς, που μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για τον ασθενή και την οικογένειά του, κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Κατά την διαγνωστική διαδικασία, το έργο της νοσηλεύτριας είναι συνδυασμός ψυχολογικής υποστήριξης, διδασκαλίας και σωματικής φροντίδας.

Ιστορικό και Φυσική Εξέταση

Η νοσηλευτική εκτίμηση ξεκινά από την πρώτη συνάντηση. Η νοσηλεύτρια συστηματικά αναζητεί δεδομένα για τον ασθενή και την οικογένειά του κάνοντας σχετικές ερωτήσεις και παρατηρήσεις, ακούγοντας και εξετάζοντας τον ασθενή.

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι πολύτιμο εργαλείο, το οποίο βοηθάει τη νοσηλεύτρια να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με τη φυσική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ως πηγή πληροφοριών χρησιμοποιείται ο ασθενής η οικογένεια ή και οι δύο μαζί. Αν ο ασθενής συνοδεύεται από συγγενείς, ένα μέρος του ιστορικού μπορεί να ληφθεί υπό την παρουσία τους. Η παρατήρηση

των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για τις ανάγκες τους.

Κατά τη συνέντευξη η νοσηλεύτρια παρατηρεί τη φυσική κατάσταση του ασθενούς π.χ. την αναπνοή, την ύπαρξη οιδήματος κ.λ.π. Ουσιαστικά επιμένουμε στις ακόλουθες κατηγορίες πληροφοριών:

Αιτία εισόδου

Ο ασθενής πρέπει να περιγράψει, γιατί ήρθε στο νοσοκομείο. Μέσα από την απάντησή τους μαθαίνουμε πως ο ασθενής έχει εκτιμήσει τους λόγους εισαγωγής του.

Προσδοκίες από την εισαγωγή

Είναι σημαντικό να ξέρουμε τι πληροφορίες έχει πάρει ο ασθενής από το περιβάλλον του, το ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό, αν γνωρίζει την πιθανή διάγνωση καθώς και τις διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί.

Κατανόηση του Καρκίνου

Αν ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο με σκοπό να επιβληθεί στον καρκίνο του ή αν βρίσκεται εκεί για να εκδηλώσει το φόβο της ανακάλυψής του, είναι στοιχεία με τα οποία μπορούμε να μελετήσουμε κατά πόσο ο ασθενής γνωρίζει και καταλαβαίνει τη σημασία της νόσου· μπορεί να είναι σωστά πληροφορημένος ή να βρίσκεται σε σύγχυση σχετικά με το τι είναι ο καρκίνος του λάρυγγα και με την πρόγνωσή του.

Κοινωνικό Ιστορικό

Μ' αυτό το μέρος της συνέντευξης παίρνουμε πληροφορίες για το κοινωνικό υπόβαθρο του ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές μπορούν να δημιουργήσουν στον ασθενή αίσθημα εμπιστοσύνης προς τη νοσηλεύτρια και θα χρησιμοποιηθούν για τη βοήθεια του ασθενούς την περίοδο της διάγνωσης, στις μετέπειτα αποφάσεις σ' ότι αφορά την εκλογή της θεραπείας, στην

αποδοχή της διάγνωσης και την αντιμετώπιση της οικογένειας, των φίλων, των συνεργατών κ.λ.π.

Το κοινωνικό ιστορικό αναφέρεται στην οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, το επάγγελμά του, τα ενδιαφέροντά του και τον τρόπο που αντιμετωπίζει γενικότερα τη ζωή και τις δυσκολίες της.

Προηγούμενο Ιατρικό Ιστορικό

Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και η καταγραφή προηγούμενης εισαγωγής στο νοσοκομείο χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ιατρικό ιστορικό λαμβάνεται χωριστά για κάθε σύστημα του σώματος, με τη μορφή ερωτήσεων, που δεν είναι μονότονες αλλά απλές και κατανοητές εξασφαλίζοντας έτσι ακριβείς απαντήσεις.

Φαρμακευτική Αγωγή

Ο ασθενής πρέπει να ερωτηθεί τι φάρμακα λαμβάνει και να συγκριθεί η απάντησή του με την ιατρική καταγραφή της αγωγής του. Η πείρα έχει δείξει ότι πολλές φορές λαμβάνονται φάρμακα χωρίς ιατρική οδηγία. Η αντίληψη του ασθενούς σχετικά με την αιτιολογία της λήψης των φαρμάκων είναι σημαντική για τον σχεδιασμό της φαρμακευτικής αγωγής και την ανάγκη χορήγησης οδηγιών. Ρωτάμε επίσης τον ασθενή αν είναι αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο. Αν απαντήσει θετικά του ζητείται να περιγράψει την αντίδρασή του σ' αυτό όσο πιο λεπτομερώς γίνεται.

Διαιτητικοί περιορισμοί

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ανακαλύψει τις διατροφικές συνήθειες του ασθενούς· ιδιαίτερες προτιμήσεις ή αποστροφές πρέπει να καταγράφονται για την μετέπειτα αναφορά στο σχεδιασμό παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ανορεξίας από την Χημειο-Ακτινο-Θεραπεία. Επίσης, τυχόν διαιτητικές απαγορεύσεις λόγω κάποιων νόσων (π.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης) πρέπει οπωσδήποτε να αναφέρονται.

Ειδικές Ανάγκες

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τη γνώση των συνηθειών του ασθενούς, τα όρια εξάντλησης, τις προτιμήσεις του, τις ανάγκες του για απασχόληση και επικοινωνία.

Βοηθητικά μηχανήματα της όρασης, της ακοής, της μάσησης, της βάδισης πρέπει να καταγράφονται και να χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας.

Έργο της νοσηλεύτριας επίσης είναι να βοηθάει τον ασθενή να αποκτήσει αυτές τις συσκευές, σε περίπτωση που δεν τις έχει φέρει μαζί του, από το σπίτι. Είναι ακόμη αυτονόητο ότι για όλες τις βοηθητικές συσκευές λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας και βοηθάται ο ασθενής να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

Συναισθηματικές Ανάγκες

Ο καρκίνος είναι ασθένεια που αντιμετωπίζεται δύσκολα, κυρίως εξαιτίας της αμφίβολης πρόγνωσης του. Συγκεκριμένες απαντήσεις σχετικά με τη θεραπεία και την περίοδο ύφεσης της ασθένειας δεν είναι δυνατόν να δωθούν. Έτσι, ο άρρωστος διακατέχεται από μεγάλο άγχος, που η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει να αντιμετωπίσει. Μέσα από τις ερωτήσεις μας και τις απαντήσεις που παίρνουμε, ανακαλύπτουμε τι σκέπτεται ο ασθενής. Είναι πολύ σημαντικό να ανακαλύψουμε, μέσα από τη συζήτηση, του τρόπους με τους οποίους ο ασθενής αντιδρούσε παλαιότερα στα προβλήματά τους π.χ. έπαιρνε ηρεμιστικά, έκανε χρήση αλκοόλ, επισκεπτόταν ψυχαναλυτή, τι ακριβώς έκανε όταν ήταν θυμωμένος ή πολύ θλιμένος.

Όλα αυτά δεν είναι δυνατόν να μας τα εμπιστευτεί κάποιος στην πρώτη μας συνάντηση. Αυτό θα γίνει καθώς ο ασθενής αρχίζει να αναπτύσσει και να τρέφει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς τη νοσηλεύτρια και νιώθει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τους φόβους και τα προβλήματά του.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις είναι γνωστό ότι δεν προκαλούν πόνο, γι' αυτό και δεν φοβίζονται τον άρρωστο. Προκαλούν όμως αίσθημα άγχους και ανησυχίας για μια πιθανή διάγνωστη καρκίνου, που υποχωρεί μόνο όταν η πιθανότητα αυτή αποκλειστεί ή επιβεβαιωθεί. Στο στάδιο αυτό της προδιάγνωσης, η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή της να διατηρήσει την ψυχραιμία του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, απαραίτητο για τα επόμενα στάδια.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την άριστη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα απαιτούν την πλήρη και κατανοητή πληροφόρηση του αρρώστου γύρω από τις διαγνωστικές εξετάσεις, έτσι ώστε, να ενισχυθούν η εμπιστοσύνη του και το αίσθημα ασφάλειάς του. Και σ' αυτή την περίπτωση, λοιπόν, η νοσηλεύτρια:

- α. Ενημερώνει τον άρρωστο για όλες τις εξετάσεις που θα υποβληθεί.
- β. Εξηγεί τον σκοπό της κάθε εξέτασης.
- γ. Περιγράφει τον τρόπο εκτέλεσης της εξέτασης, την διάρκειά της και ενημερώνει τον ασθενή πότε θα γίνει η εξέταση και ποιοί θα την κάνουν (ακτινολόγοι, γιατροί κλπ.).

Εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας (αιματολογικές, ακτινολογικές, δειγματοληπτικές), που παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου, για την διάγνωση ενός όγκου επιβάλλονται περαιτέρω διαγνωστικές διαδικασίες, πολλές από τις οποίες απαιτούν την γραπτή συγκατάθεση του εξεταζόμενου ή κάποιου στενού συγγενή του. Κάθε ίδρυμα έχει δικό του πρωτόκολλο για γραπτή συγκατάθεση, επιβάλλεται

όμως, πριν την υπογραφή του η σωστή ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του.

Η νοσηλεύτρια έχει καθήκον και ευθύνη να εξηγήσει στον ασθενή την όλη διαγνωστική διαδικασία, να τον ενθαρρύνει και να τον υποστηρίξει. Ειδική προετοιμασία, όπως συγκεκριμένο διαιτολόγιο, καθαρτικοί υποκλισμοί, χορήγηση ηρεμιστικών είναι συνηθισμένη για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία του ασθενούς απαραίτητη είναι η εκτίμηση της γενικής του κατάστασης που περιλαμβάνει:

- α. Έλεγχος της φυσικής κατάστασης• υπάρχει πόνος ή αφυδάτωση; μπορεί ο ασθενής να σταθεί όρθιος ή ξαπλωμένος για τουλάχιστον μια ώρα;
- β. Τα αποτελέσματα της προετοιμασίας τι επιπτώσεις θα έχουν: μπορεί να προκαλέσουν πόνο, διάρροιες, αιμορραγία;
- γ. Έλεγχος αλλεργικών αντιδράσεων.

Αν υπάρχουν προβλήματα αντιμετωπίζονται

- α. Υποστηρίζεται ο ασθενής με φυσικά και τεχνητά μέσα και αν η κατάστασή του είναι ασταθής επιβάλλεται να συνοδεύεται από νοσηλεύτη σ' όλη την διάρκεια της εξέτασης.
- β. Υποστηρίζεται ο οργανισμός του με χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων, φαρμάκων ή ηρεμιστικών - αναλγητικών, ώστε να αντιμετωπισθεί τυχόν πόνος, αφυδάτωση, φόβος ή επιπλοκές της εξέτασης.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων εκτιμώνται συνήθως από ομάδα ογκολόγων γιατρών. Οι εξετάσεις πραγματοποιούνται για την διαπίστωση του όγκου, την εντόπιση των ορίων του ή την συγκεκριμενοποίηση του τύπου του όγκου του λάρυγγα.

4. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥ

Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για την διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως της υγειονομικής ομάδας.

Ο νοσηλευτής όμως, μέσω του ρόλου του θα δώσει πληροφορίες στον άρρωστο, στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του.

Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα, είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και είναι πιο έντονες σε όσους δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλευτές λοιπόν μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες, που μπορούν να κρατήσουν όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο. Μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαρυγγεκτομή και είχαν δεχθεί από γιατρό και νοσηλευτή συμβουλές δοκίμαζαν λιγότερο προεγχειρητικό άλγος και μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους.

Στη χημειοθεραπεία επίσης, οι πληροφορίες δίνονται μεμονωμένα από την κάθε ομάδα και δίνεται χρόνος στον άρρωστο να συνηθίσει την ιδέα της χημειοθεραπείας και της σημασίας της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

Πως γίνεται η πληροφόρηση στον ογκολογικό άρρωστο

Οι πληροφορίες και οι εξηγήσεις όταν δίνονται είναι συχνά ασαφείς και λέγονται με έναν ελαφρύ τρόπο που κάνει ανούσιο το περιεχόμενο. Συχνά δεν υπάρχει επανάληψη των λεγομένων ή ανάλυση των ιατρικών πράξεων. Δεν αναγνωρίζεται πάντα ότι μια λέξη, όπως ο όγκος, μπορεί να προκαλέσει σοκ στον ασθενή. Τότε ζεχνιώνονται ακόμα και οι προσεκτικές εξηγήσεις και σε

επόμενες επισκέψεις ο ασθενής (άνδρας ή γυναίκα) μπορεί να μην ζητήσει διευκρινήσεις γιατί φοβάται μήπως θεωρηθεί ανόητος.

Οι νοσηλευτές λοιπόν, που θα περιθάλψουν τον άρρωστο πρέπει να προσπαθούν να είναι μαζί με τον γιατρό την ώρα των συμβουλών ή να ανακαλύψουν τι ειπώθηκε στον ασθενή. Αυτό βοηθά να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φράσεις εξασφαλίζοντας την συνοχή των λεγομένων και την εμπιστοσύνη του αρρώστου.

Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται άνετα, να μπορούν να ζητήσουν περαιτέρω εξηγήσεις. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να ακούν ότι λέει ο ογκολογικός άρρωστος και να παρακολουθούν προσεκτικά τις αντιδράσεις του για να ανιχνεύσουν τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη του.

Κατά την πληροφόρηση εκτός των προφορικών εξηγήσεων σκόπιμο είναι, να δίνονται και γραπτές οδηγίες ή φυλλάδια με πληροφορίες, ώστε στο σπίτι, σ' ένα περιβάλλον με λιγότερο stress, η οικογένεια και άρρωστος να μπορέσουν να κατανοήσουν καλύτερα το θεραπευτικό πρόγραμμα και να το αποδεχτούν.

Ο άρρωστος θέλει την πληροφόρηση

Πριν την πληροφόρηση πρέπει να ερευνάται εάν ο ίδιος ο πάσχων θέλει να μάθει για την κατάστασή του, ποιός πρέπει να ενημερωθεί γι' αυτόν και πως θα 'θελε να οργανωθεί το πρόγραμμα της θεραπείας.

Όταν ο άρρωστος βρίσκεται εξαρτώμενος, σε περιόδους οξείας νόσου που μπορεί να χρειαστεί και δικηγόρος, πρέπει να ενημερωθεί οπωσδήποτε, γιατί θα πρέπει να τακτοποιήσει οικονομικές, νομικές εκκρεμότητες.

Σε μια στατιστική που έγινε στο Νοσοκομείο "Αγ. Σάββας" στην παθολογική κλινική, για το πόσο θέλουν την πληροφόρηση, οι άρρωστοι απάντησαν ΝΑΙ σχετικά με την ενημέρωση από γιατρό και νοσηλευτή, σ' ότι

αφορά την χημειοθεραπεία, είναι όμως φανερό πως οι περισσότεροι άρρωστοι αποφεύγουν την πληροφόρηση για τη διάγνωση, σαν να θέλουν να αυτοπροστατευθούν από τις ψυχολογικές συνέπειες αυτής της γνώσης.

Στη Φιλανδία, χώρα με μακρά παράδοση στην ενημέρωση του αρρώστου, 30% των ασθενών με καρκίνο δεν γνωρίζουν τη φύση της νόσου. Οι ίδιοι δεν το απαιτούν, ούτε ο γιατρός προθυμοποιείται σε ενημέρωση. Από το 70% των αρρώστων που το ξέρουν μόνο το 30% το ζήτησαν από το γιατρό, οι άλλοι ενημερώθηκαν χωρίς να το ζητήσουν.

Η πληροφόρηση του αρρώστου εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, θρήσκευμα, τη νοσημοσύνη, την κατάσταση των προσωπικών υποθέσεών του, την κοινωνική του θέση και την ενημερωτικότητά του σε ιατρικά θέματα (π.χ. γιατρός, νοσηλεύτης). Πάνω απ' όλα, η πληροφόρηση εξαρτάται από την συναισθηματική αντοχή του ατόμου. Δεν πρέπει να είναι περισσότερη από αυτή που θέλει και αντέχει ο άρρωστος. Με το αντίθετο διασώζουμε την αλήθεια αλλά συντομεύουμε τη ζωή του αρρώστου.

Στην Γερμανία έχει θεσπιστεί νόμος που ορίζει ότι υποχρέωση του γιατρού είναι να πληροφορεί τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο για την φύση της ασθένειάς του.

Η πληροφόρηση στη χώρα μας είναι μια, διαδικασία δυστυχώς πρόχειρη. Κατά τον ιατροδικαστή κ. Κοντσελίνη, έχουμε υποχρέωση ιατροί και νοσηλεύτες, σεβόμενοι τα δικαιώματα του αρρώστου, να ενημερώνουμε τους ασθενείς, σεβόμενοι βέβαια και το δικαίωμα του απορρήτου.

Σύμφωνα με τις διακηρύξεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου (BALL, 1979)

- Ο ασθενής που χρησιμοποιεί το νοσοκομείο, έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί για την κατάσταση της υγείας του.
- Έχει δικαίωμα να ζητεί πλήρη ενημέρωση όσον αφορά τους κινδύνους για κάθε ασυνήθιστη επέμβαση, διάγνωση ή θεραπεία.

Σε μια έρευνα που έγινε από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία σχετικά με τη στάση και τη συμπεριφορά του Κοινού έναντι του καρκίνου, μας δίνει τα εξής στοιχεία στο ειδικό ερώτημα εάν ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για το ότι πάσχει από Καρκίνο.

Το 1971 που έγινε η έρευνα για πρώτη φορά, στο σύνολο της χώρας μας το

23 %	απάντησε	ΝΑΙ
71,5%	απάντησε	ΟΧΙ
4,8 %	απάντησε	Λεν ξέρω

Το 1977 στην επανάληψη της έρευνας:

Το 45%	απάντησε	ΝΑΙ
Το 43%	απάντησε	ΟΧΙ
Το 6,6%	απάντησε	Λεν ξέρω

Το 1987 τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν:

Το 51 %	απάντησε	ΝΑΙ
Το 33 %	απάντησε	ΟΧΙ
Το 14,4%	απάντησε	Λεν ξέρω

Μέσα σε μια δεκαπενταετία βλέπουμε ότι το 23% που υποστήριξε ότι ο ασθενής πρέπει να μαθαίνει την αλήθεια έγινε 51%.

Ενώ το 4,8% που δεν ήξεραν και ήταν προβληματισμένοι έγινε 14,4%.

Την διαφορά αυτή στις απαντήσεις δεν μπορεί κανείς να την αγνοήσει, από την άποψη των εξελίξεων που συμβαίνουν μέσα στο ελληνικό κοινωνικό σύνολο που ανήκει τόσο ο γιατρός και ο νοσηλευτής όσο και ο άρρωστος.

Επικοινωνία νοσηλεύτριας - ασθενούς

Ο ρόλος του ασθενούς με καρκίνο είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος δεν διανοείται να αναθέσει την φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλον, εκτός αν είναι υποχρεωμένος, όπως στην περίπτωση της ασθeneίας.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας - ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Σ'τα πλαίσια αυτής της συνεργασίας η νοσηλεύτρια λαμβάνει υπόψη της τις προηγούμενες αντιδράσεις του ασθενούς και ο ασθενής παρέχει τις πληροφορίες εκείνες που είναι απαραίτητες για το σχεδιασμό της φροντίδας του.

Η επικοινωνία ασθενούς - νοσηλεύτριας σημαίνει ανταλλαγή απόψεων ιδεών και συναισθημάτων, αμοιβαία εμπιστοσύνη και ενημέρωση του ασθενούς για την ασθένειά του.

Με βάση τις σύγχρονες αντιλήψεις, η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει το δίλημμα "ναι ή όχι" στην ενημέρωση όλων των καρκινοπαθών γενικά και αδιακρίτως. Η τακτική της πρέπει να εξατομικεύεται μετά από προσεκτική εκτίμηση της προσωπικότητας του ασθενούς και των συνθηκών του περιβάλλοντός του. Ο τρόπος, ο χώρος και χρόνος ποικίλλει από περίπτωση σε περίπτωση. Γενικό κριτήριο είναι η οποιαδήποτε ενημέρωση να μην καταλήγει σε βάρος της ψυχοσωματικής ισορροπίας του ασθενούς. Δεν λέμε στον ασθενή παρά μόνο όσα μπορεί να αντέξει. Σκοπός μας είναι να τον ενισχύσουμε ψυχολογικά και όχι να τον καταπονήσουμε.

Μέχρι ένα σημείο, η ανάγκη των περισσότερων καρκινοπαθών να αποφεύγουν την ενημέρωση είναι σεβαστή. Όμως, σε καμιά περίπτωση δεν προβαίνουμε σε ψευδή πληροφόρηση. Όταν ο ασθενής νιώσει αρκετά δυνατός ψυχικά, θα καθορίσει πόσα θέλει να ακούσει και για ποιά πτυχή της αρρώστιας του. Όταν η συναισθηματική σχέση ασθενούς - νοσηλεύτριας είναι ισχυρή, κάθε ψυχολογική αντίδραση του ασθενούς θα μπορεί να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά, χωρίς να επιφέρει επιπλέον ψυχοσωματικά προβλήματα.

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η δικαίωση της ύπαρξής μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του Νοσηλευομένου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί την μέγιστη δυνατή αναξαρτησία του, να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Η σύγχρονη Νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου, που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στον άρρωστο σαν πρόσωπο, σαν ενιαίο και αδιαίρετο βιοψυχοκοινωνικό οργανισμό, στο οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται απ' την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική - ψυχική - πνευματική κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο του λάρυγγα, αλλά και γενικά για αρρώστους με οποιαδήποτε μορφή καρκίνου, είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς τους, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, ν' αντέχει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ σκοπός της αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με την μεγιστοποίηση της

παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα απ' το προσδόκιμο επιβίωσης.

Ο καρκίνος, αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε τη ζωή του και σαν χρόνια νόσος, θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος θα πρέπει να μάθει να ζει μαζί του, ενώ θα συνεχίζει τον βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες ν' αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με το δικό του βήμα και το δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα 'ναι ποιοτική για εκείνον, μια και η ποιότητα ζωής, ως όρος που μόλις το 1977 γράφτηκε στο Index Medicus, είναι υποκειμενικός και ξεκάθαρα εξατομικευμένος. Για μερικούς, ίσως σημαίνει επιστροφή στην εργασία, ενώ γι' άλλους ανάληψη ξανά του μητρικού ή πατρικού ρόλου στο μέτρο του δυνατού.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασής του, προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου, της οικογένειάς του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασής του.

Η 24ωρη θέση της Νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική, και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει από την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο· μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει αλλά και θα πάρει πολλά.

Η δυνατότητα πετυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της Νοσηλεύτριας να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για

το συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με την ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

- Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;

- Πως αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;

- Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πως τις έχει χρησιμοποιήσει σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν και

- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητά του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο• φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος, ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πως εισπράττει την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους (ψυχολογικές, επαγγελματικές, κοινωνικές οικονομικές) που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Άτομο που δεν έχει πάντοτε ικανοποιητική πληροφόρηση, δυνατότητα επιλογής και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη.

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και η εισαγωγή στο Νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους• το φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου• του παρόντος και του μέλλοντος• των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν• του πόνου της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας και του θανάτου.

Η μεγαλύτερη ανάγκη που εκφράζεται από τους αρρώστους, στις νοσηλευτικές έρευνες των Derdiarian και Hopkins, σε αυτή τη φάση, είναι η πληροφόρηση. Σύντομα, έχουν να αντιμετωπίσουν τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας και των παρενεργειών της. Οποιαδήποτε θεραπεία είναι επίθεση στην εικόνα του αυτού, στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική, ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Η ανάγκη μακρόχρονης επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η ανακάλυψη της υποτροπής, η εμφάνιση μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, όλα και καθένα χωριστά, είναι μια ακόμη ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο, είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις. Ορισμένοι άρρωστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστεια υπομονετικά, ηρωικά, πνευματικά. Οι περισσότεροι από τους ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς, επιλέγουν την άρνηση, ενώ άλλοι την απώθηση, την υπεραναπλήρωση και την προβολή. Μερικοί μελαγχολούν και απογοητεύονται, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση, ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικούς ή παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς.

Η ικανότητα ή αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις εξαρτάται απ' το φυσικό περιβάλλον που βρίσκεται, την ψυχολογική υποστήριξη ή την έλλειψή της, τις θρησκευτικές αντιλήψεις του, τη μόρφωση και το πολιτιστικό του υπόστρωμα, τα κίνητρα και τις πεποιθήσεις του, τις συνυπάρχουσες ή όχι οικονομικές, οικογενειακές κι επαγγελματικές μέριμνες, το στάδιο της αρρώστιας και τη σοβαρότητα της κατάστασής του.

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται *ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ* που περιλαμβάνει καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό Νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διεπιστώθηκαν.

Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ* του προγράμματος και οι *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ* αντίστοιχα που απαιτούνται για να εκπληρωθούν.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η *ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΙΛΙΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ*. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος, στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε, να εκδηλώσει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι *Η ΛΗΜΙΟΥΡΓΙΑ - ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ*. Ολόκληρη η Νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός, να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο

για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να του μεταβιβάσουν "καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα", να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει τη θέληση και την ελπίδα του για ζωή.

Οι Νοσηλευτές *ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ*, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανakλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, όταν δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του, όταν τον φροντίζουν με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.

Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η *ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ* που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και ν' αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια, να αναγνωρίζει και να απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει τη ρεαλιστική από την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα "Κάνε το σήμερα ν' αξίζει". Μπορεί όμως να αξίζει όταν ο άρρωστος πονά;

Η *ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ* είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος του προγράμματος και γι' αυτό το λόγο θα αναφερθούμε σ' αυτό το στόχο στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο με πολύ περισσότερες λεπτομέρειες.

Άλλος σημαντικός στόχος του Νοσηλευτικού προγράμματος είναι η *ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ*. Ας δούμε μερικά

αντιπροσωπευτικά παραδείγματα νοσηλευτικών ερευνών που αποδεικνύουν το τι πράγματι προσδοκά η οικογένεια από τους Νοσηλευτές. Στη μελέτη της η Martachio υποστηρίζει ότι σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη της, η οικογένεια θεωρεί την ανακούφιση άγχους, σύγχυσης και απελπισίας, την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της. Η Coburn γράφει ότι στον νοσηλευτικό προγραμματισμό η οικογένεια πρέπει να 'χει διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετέχων στη φροντίδα του αρρώστου. Η οικογένεια, αναφέρουν οι Edstrom and Miller, Johnson, Lane and Danis, χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.

Στο τέλος ο/η Νοσηλεύτης/τρια επιχειρεί την *ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ* που εφαρμόστηκαν και ανάλογα συνεχίζει, τροποποιεί ή επαναθεωρεί το πρόγραμμα, αναζητώντας των καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Όμως, ο ρόλος των Νοσηλευτών στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, όπως φαίνεται σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της Νοσηλευτικής αρθρογραφίας εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή.

Ο ερευνητικός ρόλος είναι προφανής απ' τις Νοσηλευτικές έρευνες που επιχειρούν να δώσουν απάντηση σε νοσηλευτικούς προβληματισμούς σ' αυτό το χώρο.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται είτε με οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλους τους αρρώστους, είτε εκπαιδευτικά προγράμματα προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή προς τη θεραπεία.

Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Frank, Strobogy και Wright αν και δεν είναι πάντα εύκολη η προσφορά οργανωμένων εκπαιδευτικών ευκαιριών στα νοσηλευτικά τμήματα, η διδασκαλία του αρρώστου γίνεται ανεπίσημα καθημερινά, καθώς οι Νοσηλευτές ενθαρρύνουν την αυτοφροντίδα και αναζητούν τον καλύτερο χρόνο και τρόπο για να μεταδώσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη σιγουριά τους.

Ο Συμβουλευτικός ρόλος της Νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες, ή σε οργανωμένα προγράμματα, καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή τη θεραπεία.

Εξ' ίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του Νοσηλευτή σαν συντονιστής που συμβάλλει στη διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά έρευνες όπου η Νοσηλεύτρια κατέχει το ρόλο κλειδί του συντονιστή σε νοσηλευτικές μονάδες περιπατητικών ασθενών, σε πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι, σε γυναικολογική, χημειοθεραπευτική, νοσηλευτική μονάδα, στην κοινότητα και σε ομάδα αποκατάστασης ατόμων με λαρυγγεκτομή.

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των Νοσηλευτών στον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, επηρεάζεται αφ' ενός απ' τις αξίες, την πολιτική και το είδος του ιδρύματος που νοσηλεύεται ο άρρωστος, καθώς και η παροχή ή μη δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στους εργαζομένους του.

Είναι γεγονός ότι πολλά προβλήματα που ξεφεύγουν απ' τον χρόνο αυτής της εισήγησης παρεμποδίζουν την εκπλήρωση του πολύπλευρου ρόλου μας σ' αυτό τον τομέα φροντίδας.

Όμως σίγουρα, η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστων με καρκίνο δεν μπορεί να

αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων ογκολογικής Νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με την ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι με ειδικές ομάδες (Home Continuing Care Team), που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσει τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, εκεί που πρωτοαντίκρισε τη ζωή.

Και τέλος, ανεξάρτητα αν η αρρώστια είναι ιάσιμη, ελεγχόμενη ή τελικού σταδίου, κάθε άρρωστος με καρκίνο, δικαιούται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ικανός να είναι ο εαυτός του, όσο το δυνατόν περισσότερο.

Το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε, ανεξάρτητα απ' το ίδρυμα που νοσηλεύεται ο άρρωστος, εξαρτάται από τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα όλων εκείνων, όλων εμάς, που συμμετέχουμε στη φροντίδα του. Γιατί η αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει.

6. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου ενώ υπολογίζεται ότι το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του. Ο χρόνιος πόνος στον καρκίνο αποτελεί μια πολυδιάστατη μοναδική υποκειμενική εμπειρία και μια πολύπλοκη ψυχοπνευματική εκδήλωση.

Βασικές θεραπευτικές αρχές του χρόνιου πόνου

Σκοπός ενός προγράμματος ελέγχου του καρκινικού πόνου είναι η μεγαλύτερη δυνατή ανακούφιση με τις λιγότερες παρενέργειες ώστε τελικά να έχουμε βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Αρχικά η επώδυνη συμπτωματολογία μαζί με τη συνολική εικόνα της νόσου θα μας κατευθύνουν στα πιθανά αίτια του πόνου. Στη συνέχεια το κύριο αίτιο θα εντοπισθεί ακριβέστερα με τη βοήθεια απεικονιστικών εξετάσεων όπως το CT scan ώστε να κατευθύνουμε ανάλογα την αναλγητική αγωγή. Πολλές φορές, ιδίως όταν ο πόνος είναι εντοπισμένος, δοκιμάζονται διαγνωστικά αποκλεισμοί νευρικών σχηματισμών με τοπικά αναισθητικά, που αν αποδώσουν μπορούν να προκαθορίσουν το αποτέλεσμα επεμβατικών μεθόδων.

Πέρα από το ότι η εξάπλωση και η μορφή της νόσου σε κάθε ασθενή είναι μοναδική, διαφορετικός είναι και ο ουδός ανοχής στον πόνο του καθενός, γι' αυτό και η αναλγητική αγωγή σπάνια διακόπτεται. Είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουμε τον πόνο του καρκίνου από τα πρώτα στάδια οπότε με ηπιότερες μεθόδους θα επιτύχουμε όχι μόνο να μειώσουμε τον πόνο αλλά και να εμποδίσουμε να εγκατασταθεί πλήρως το χρόνιο επώδυνο

σύνδρομο με τις συνοδές διαταραχές που καθιστούν την αντιμετώπισή του δυσκολότερη.

Τέλος, στον καρκινοπαθή που έχει απόλυτη ανάγκη των ναρκωτικών αναλγητικών είναι αδικαιολόγητο ο φόβος του εθισμού και της φυσικής εξάρτησης, να του στερεί την ανακούφιση δεδομένου ότι το μέγεθος των επιπλοκών αυτών δεν είναι τόσο μεγάλο στους καρκινοπαθείς.

Μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου στον καρκίνο

Οι κυριότερες μέθοδοι αναλγησίας στο χρόνιο πόνο του καρκίνου ανήκουν σε τρεις ομάδες, και εφαρμόζονται ανάλογα με την πρόοδο της νόσου με την εξής σειρά:

α. Τις εξειδικευμένες αντικαρκινικές θεραπείες όπως ακτινο - χημειο - ορμονοθεραπεία και ορισμένες παρηγορητικές επεμβάσεις που έχουν εφαρμογή στα αρχικά και ενδιάμεσα κυρίως στάδια της νόσου.

β. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει μη επεμβατικές μεθόδους όπως κυρίως η συστηματική χρήση φαρμάκων, αναλγητικών και μη, ψυχολογικές μεθόδους, φυσικοθεραπεία, νευροδιέγερση. Έχουν εφαρμογή σε όλα τα στάδια της νόσου.

γ. Επεμβατικές μεθόδους όπως η νευρόλυση, δηλαδή χημική διακοπή νευρικής οδού, είτε η εφαρμογή έγχυσης ναρκωτικών στο ΚΝΣ είτε νευροχειρουργικές μεθόδους. Η χημική νευρόλυση εφαρμόζεται συνήθεστερα όταν η κύρια επώδυνη εντόπιση εκλύεται από διακεκριμένο και εντοπισμένο νευρικό σχηματισμό. Όταν ο πόνος είναι πολυεστιακός ή γενικευμένος μπορεί να έχει καλά αποτελέσματα η υποφυσεκτομή αλλά οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς βρίσκονται σε τελικό στάδιο και δεν μπορούν να υποβληθούν σε παρόμοια επέμβαση.

Σε όλους τους ασθενείς στους οποίους έχει ήδη αρχίσει ή περατωθεί η εφαρμογή μεθόδων της πρώτης ομάδας χωρίς όμως ικανοποιητική αναλγησία δοκιμάζονται μέθοδοι, της δεύτερης ομάδας. Συχνά τα αναλγητικά σε επαρκείς δόσεις και με την κατάλληλη συμπληρωματική αγωγή όπως τα αντικαταθλιπτικά, επιτυγχάνουν ικανοποιητική αναλγησία.

Στους υπόλοιπους ασθενείς δοκιμάζονται επεμβατικές μέθοδοι, και κυρίως η νευρόλυση και η συνεχής έγχυση μικρών δόσεων ναρκωτικών στο ΚΝΣ μέσω μόνιμου επισκληρίδιου καθετήρα.

Η εξέταση του καρκινοπαθούς με πρόβλημα πόνου

Με τα σημερινά δεδομένα, ο καρκινοπαθής με πρόβλημα πόνου ή νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο ή παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία του, από ειδικούς.

Από την αρχή χρειάζεται νέα ανάλυση του ιστορικού για να εκτιμηθεί η συνδρομή του πόνου και να καθοριστεί η καταλληλότερη μέθοδος θεραπείας, η οποία σχεδιάζεται ανάλογα:

1. Με την εντόπιση της αρρώστιας.
2. Το είδος του πόνου, τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται, τη διάρκεια και τους άλλους χαρακτήρες του.
3. Με την ηλικία του αρρώστου και τη φυσική, ψυχική και διανοητική του κατάσταση.
4. Την πιθανή διάρκεια της ζωής που επιδρά σημαντικά στη λήψη απόφασης για το είδος της θεραπείας, η οποία θα ακολουθεί

Στην αντιμετώπιση του πόνου δύο διεργασίες είναι ιδιαίτερα ουσιώδεις για την εφαρμογή της σωστότερης θεραπείας:

- Η εκτίμηση του πόνου και

- Η μελέτη των χαρακτήρων του.

Το 1980 η Υποεπιτροπή Ορολογίας και Ταξινόμησης της U.I.C.C. για την μελέτη του πόνου έδωσε τον παρακάτω ορισμό.

<< Πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και ψυχική εμπειρία, η οποία συνοδεύεται με ενεργό ή δυναμικά ενεργό ιστική βλάβη ή περιγράφεται με λόγια σαν να έχει γίνει αυτή η βλάβη >>.

Η Νοσηλεύτρια και ο καρκινοπαθής με πόνο

Είναι γνωστό ότι οι νοσηλευτές περισσότερο από όλους τους άλλους έχουν την πιο στενή σχέση με τον άρρωστο. Οι εκτιμήσεις τους από την παρατήρηση της συμπεριφοράς του αρρώστου μαζί με τις ψυχικές ή σωματικές του αντιδράσεις στον πόνο είναι σημαντικές. Η καταγραφή όμως όλων αυτών είναι δύσκολη και χρειάζεται συνεχής προσπάθεια. Για τούτο ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός και καθοριστικός στο είδος της θεραπείας, η οποία θα ακολουθήσει.

Η συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι στενή προκειμένου να επιλυθούν τα προβλήματα τα οποία δημιουργούνται διότι είναι δυνατό:

1. Να εκτιμηθεί σφαιρικά η συμπεριφορά του ασθενή και η αντίδρασή του στον πόνο στο σπίτι και στο νοσοκομείο.

2. Να παρθούν πληροφορίες για το οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό.

3. Να καταγραφούν οι αντιδράσεις του στην παρουσία προσώπων του περιβάλλοντος.

4. Να διαπιστωθεί και να μετρηθεί το ποσοστό του παυσίπνου αποτελέσματος με τα διάφορα σκευάσματα (παυσίπινα, ηρεμιστικά κ.λ.π.).

5. Να καταγράφεται ο τρόπος που περιγράφεται στον γιατρό και στους νοσηλευτές του πόνο και οι συνθήκες που ενδεχόμενα του αυξομειώνουν (εργασία, καιρικές μεταβολές κ.λ.π.).

Στη συνέχεια για την κατάστροση του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπόψη το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχοσωματική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβιώσής του, η διαθεσιμότητα και η πρακτικότητα των μεθόδων αντιμετώπισης πόνου και η επιδεξιότητα των μελών της ομάδας στην εφαρμογή τους καθώς και οι αξίες, τα πιστεύω και οι ειδικές ανάγκες του αρρώστου.

Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες: α) εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου, β) εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου και γ) εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης του πόνου.

Με στοιχεία της ΠΟΥ τα αναλγητικά όταν χορηγούνται στο κατάλληλο είδος, στην κατάλληλη δόση, με τον κατάλληλο τρόπο και στον κατάλληλο χρόνο προσφέρουν ανακούφιση στους περισσότερους αρρώστους. Βέβαια, η χορήγηση των φαρμάκων δεν είναι η μόνη Νοσηλευτική επιλογή. Οι δυνατότητες για αποτελεσματικές Νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι απεριόριστες. Η άμεση φυσική φροντίδα παρέχεται με αμέτρητες αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες από ένα ευρύτατο πεδίο επιλογών, που συμβάλλουν τόσο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, όσο και στην πρόληψή του. Και μόνο η αναγνώριση του παράπονου του αρρώστου ότι πονά προκαλεί ανακούφιση.

Η σημαντικότερη Νοσηλευτική παρέμβαση, αν και συχνά υποτιμάται, είναι η ίδια η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο. Κι όσο ο πόνος παραμένει επίμονο και δισεπίλυτο πρόβλημα, αποτελεί πηγή Νοσηλευτικής υποχρέωσης και δέσμευσης για συνεχή αξιολόγηση και αναζήτησης τρόπου άμεσης ανακούφισής του.

ΜΕΡΟΣ ΕΚΤΟ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΛΑΡΥΓΓΑ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α. Νοσηλευτική φροντίδα προεγχειρητικής φάσης

Είναι γνωστό ότι η πλειοψηφία των ατόμων που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση ιδιαίτερα όταν πρόκειται να χαθεί ή να μειωθεί η λειτουργικότητα ενός μέρους του σώματός τους αισθάνονται φόβο και άγχος. Ιδιαίτερα σε ασθενή με CA λάρυγγα (70% απώλεια φωνής) πρέπει να έχουμε πάντα υπ' όψη μας την περίοδο πένθους που περνάει μετά την απώλεια της ομιλίας. << Μέσου για να επικοινωνεί-εκφράζεται-συνδιαλέγεται >>, τον τρομάζουν οι μελλοντικές επιπτώσεις που θα φέρει στη ζωή του η λαρυγγεκτομή.

Τα κυριότερα προβλήματα-συναίσθημα που ταλαιπωρούν τον ασθενή είναι:

Αμφιβολίες για την διάγνωση: η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο του ασθενούς για την διάγνωση. Είναι δύσκολο να αποδεχτεί κανείς μια θανατηφόρα ασθένεια. Σκοπός μας είναι να ενισχύσουμε την πεποίθηση του ασθενούς ότι ο γιατρός που τον παρακολουθεί είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο. Έτσι αποκτούμε την εμπιστοσύνη του και τη συναίνεσή του στις ιατρικές πράξεις που πρόκειται να ακολουθήσουν.

Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική αδυναμία: η σκέψη ότι πάσχουν από καρκίνο του λάρυγγα φέρνει αντιμέτωπους τους ασθενείς με την σκληρή πραγματικότητα, την απειλή της απώλειας της φωνής τους. Η σκέψη και μόνο τους τραυματίζει ψυχικά και τους οδηγεί στην αυτοϋποτίμηση και στην μειονεκτικότητα. Η λαρυγγεκτομή επηρεάζει την αυτοεκτίμηση του ασθενούς, την τοποθέτησή του έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση των επαγγελματικών, οικογενειακών και κοινωνικών προορισμών του.

Η νοσηλεύτρια για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του αγνώστου:

- πραγματοποιεί επίσκεψη του ασθενούς στο χειρουργείο και το τμήμα ανάνηψης και του εξηγεί τις διαδικασίες και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- διδάσκει στον ασθενή ασκήσεις αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου.
- ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τις απορίες, τους φόβους και τις αγωνίες του και παρέχει πληροφορίες και επιβεβαιώσεις που ο ασθενής χρειάζεται και επιθυμεί να ακούσει.
- ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος, που να επιτρέπει καθημερινά για 15 min τουλάχιστον, στην νοσηλεύτρια να ακούει τις απόψεις και τα συναισθήματα του ασθενούς για την κατάστασή του. Ενθαρρύνεται ο ασθενής ακόμη και να κλάψει για να ξεσπάσει.

Δυσκολία αποδοχής της επέμβασης: ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι γεμάτος ψυχική ένταση, ανησυχία και αγωνία για τον ασθενή. Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς μιλούν πιο εύκολα στη νοσηλεύτρια παρά στο γιατρό. Γι' αυτό, καλείται η νοσηλεύτρια να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του, με υπομονή και κατανόηση να τον

διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για την θεραπεία του και ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτόν.

Πρέπει να τονιστεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή και μοναδική προσωπικότητα. Η καταννόηση και η προσέγγιση ενός ασθενούς απαιτεί εξ' ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

Ο φόβος του πόνου και του θανάτου: ο ασθενής συνήθως εκφράζει ανησυχία και φόβο για τη ζωή του και τον πόνο που τον περιμένει.

Η νοσηλεύτρια του εξηγεί ότι κατά την επέμβαση δεν θα νιώσει πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Τον προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, που όμως θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Ο φόβος του θανάτου είναι φυσικό να υπάρχει και η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εμπνεύσει τον ασθενή διαβεβαιώνοντάς τον ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε στην περίπτωση του όπως και σε χιλιάδες άλλες το αποτέλεσμα να είναι πολύ καλό.

Οικογενειακά προβλήματα: ο ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα υγείας του προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής του ζωής.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας την κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση του ασθενούς, προσφέροντας πληροφορία, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντάς τα.

- βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα συναισθήματα του αρρώστου και ενθαρρύνει τον ίδιο να μιλήσει στην οικογένειά του για τους φόβους του.
- ενθαρρύνει την οικογένεια και ιδιαίτερα τον/την σύζυγο αν υπάρχει, να διαβεβαιώσουν τον ασθενή ότι σημασία έχει να είναι ο ίδιος καλά και να είναι κοντά τους, ανεξάρτητα από την καταστροφή της εικόνας τους σώματός του, την απώλεια λειτουργίας της ομιλίας.
- προετοιμάζει την οικογένεια ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Ενθαρρύνει την οικογένεια και τον ασθενή να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Μετά το τέλος των διαγνωστικών εξετάσεων γίνεται προετοιμασία του ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν την εγχείρηση με:

- α. Λιαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιξή τους.
- β. Εξασφάλιση αίματος.
- γ. Χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή ιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες του ασθενούς.

Την παραμονή της επέμβασης

- Λαμβάνεται αίμα για διασταύρωση (καθορισμός ομάδας)
- Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου* ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.

- Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα.
- Λίνεται ελαφρύ δείπνο και κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της επέμβασης

- Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- Συνιστάται στον ασθενή η κένωση της ουροδόχου κύστεως.
- Αφαιρούνται τα κοσμήματα, οι πρόσθετες οδοντοστοιχίες ή τα τεχνητά μέλη και παραδίδονται στους συγγενείς ή φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
- Ετοιμάζεται ο ασθενής για το χειρουργείο (χειρουργική ενδυμασία).

Η προεγχειρητική προετοιμασία ίσως φαίνεται σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων, είναι, όμως νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς τον πάσχοντα και τον πείθει ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση.

β. Νοσηλευτική φροντίδα διεγχειρητικής φάσης

Σ' αυτή τη φάση, που είναι κύρια ευθύνη της, η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια του χειρουργείου φροντίζει τη διατήρηση της ασφάλειας του αρρώστου ως εξής:

- Η υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο, γίνεται από την Προϊσταμένη ή την υπεύθυνο, η οποία πρέπει να υποδέχεται τον άρρωστο ήρεμα και ευγενικά. Ο άρρωστος σχηματίζει την πρώτη εντύπωση από την

εμπειρία του στο χειρουργείο, από τον τρόπο που του γίνεται η υποδοχή, πρέπει δε να πιστέψει ότι βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον και ότι το προσωπικό του χειρουργείου ενδιαφέρεται για το άτομό του.

- Δεν θα πρέπει να αφήνουμε μόνο τον άρρωστο, μέχρι να μπει στην αίθουσα του χειρουργείου. Η αγωνία, η στενοχώρια, ο φόβος όλων των ημερών κορυφώνονται σ' αυτή ακριβώς την ώρα που περιμένει. Ένα χαμόγελο, μια ευγενική χειρονομία, γενικά μια ανθρώπινη ζεστή παρουσία αυτή την ώρα ότι είναι ό,τι καλύτερο γι' αυτόν.

- Οι συνομιλίες και οι κινήσεις του προσωπικού του χειρουργείου πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο, έτσι ώστε να δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ηρεμίας για τον άρρωστο. Σπουδαιότερο ακόμη είναι: Να μη συζητούνται από το προσωπικό θέματα προσωπικά ή θέματα που αφορούν άλλους αρρώστους, γιατί είναι δυνατόν να παρεξηγηθούν από τον άρρωστο που περιμένει και θα έχουν σαν αποτέλεσμα να ελαττώσουν την εμπιστοσύνη του και το αίσθημα ασφάλειας που πρέπει να νιώθει στο περιβάλλον του χειρουργείου.

- Ακόμη, κατά την μεταφορά και τοποθέτηση στο χειρουργικό τραπέζι, έχει ηθική υποχρέωση το προσωπικό να μεταχειρίζεται τον άρρωστο με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Δεν πρέπει να τον μεταχειρίζεται σκληρά και αδιάφορα και να τον μετακινεί σαν άψυχο αντικείμενο. Πρέπει δε να εξηγεί στον άρρωστο το κάθε τι που του κάνει και ότι τα μέτρα που λαμβάνονται είναι για την ασφάλειά του.

- Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά του κρατώντας του το χέρι, υποστηρίζοντάς τον ψυχολογικά μέχρι να πάρει νάρκωση και σίγουρα νιώθει ασφαλής.

- Όταν μεταφερθεί στο χειρουργικό τραπέζι, επιβλέπει τη σωστή τοποθέτησή του, σύμφωνα με την προεγχειρητική εκτίμηση που έχει κάνει, έτσι

ώστε να υπάρχει λειτουργική ελευθερία στο σώμα του και επιβλέπει για την διατήρησή της μέχρι το τέλος της επέμβασης.

- Ο κίνδυνος εγκατάλειψης χειρουργικού υλικού (γάζα, βελόνα, εργαλείο) στο σώμα του αρρώστου είναι πολύ συχνός γι' αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει τη σωστή καταμέτρηση εργαλείων, βελόνων, γαζών, πριν και μετά το τέλος της εγχείρησης. Οι καταμετρήσεις αυτές αναγράφονται στο δελτίο νοσηλείας του χειρουργείου και υπογράφονται. Οι γάζες θα πρέπει να φέρουν ακτινοσκοπική κλωστή για να ανιχνεύονται ακτινολογικώς σε περίπτωση απώλειας.

- Η χειρουργική διαθερμία πρέπει να ελέγχεται για περίπτωση βλάβης στα καλώδια και στις πλάκες γείωσης ή και λάθους κατά τη σύνδεση ή και το χειρισμό και να εφαρμόζεται σωστά στον άρρωστο. Ο κίνδυνος να υποστεί έγκαυμα ο άρρωστος, ή να έχουμε ανάφλεξη στο χειρουργείο, από τη διαθερμία είναι συχνός εάν δεν εφαρμόζουμε τα προηγούμενα. Το πιο σωστό είναι να υπάρχουν διαθερμίες που διαθέτουν αλαμπ.

- Απαιτείται να γίνεται γενικός έλεγχος της αποστείρωσης των αντικειμένων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στην επέμβαση, εξετάζοντας την ένδειξη των ειδικών δεικτών και ταινιών αποστείρωσης.

- Η εργαλειοδότηρια, καθώς και το υπόλοιπο team χειρουργείου, θα πρέπει να τηρούν τους όρους της άσηπτης τεχνικής, καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης προς αποφυγή μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Και ας μην ξεχνάμε ότι οι καρκινοπαθείς είναι βαριά άρρωστοι και οι λοιμώξεις αποτελούν την πιο συχνή θανατηφόρα επιπλοκή.

- Η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει ώστε να υπάρχει η απαραίτητη ηρεμία, ο σωστός τρόπος συμπεριφοράς απ' όλους μέσα στη χειρουργική αίθουσα και γενικά όλες οι ενέργειές της να αποσκοπούν στην καλύτερη διεκπεραίωση της εγχείρησης με επιμελημένη χειρουργική τεχνική, ώστε να παρέχεται στον άρρωστο η μεγαλύτερη ασφάλεια.

- Θα πρέπει να καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο τα απαραίτητα στοιχεία της εγχείρησης (καταμετρήσεις γαζών, εργαλείων, ονόματα χειρουργών και αναισθησιολόγων, νοσηλευτών, ώρα έναρξης και τέλος της εγχείρησης), αλλά και όλη η διεγχειρητική φροντίδα που δόθηκε, έτσι ώστε να επισημαίνονται οι νοσηλευτικές πράξεις, που θα δώσουν άνεση και ασφάλεια στον άρρωστο στη μετεγχειρητική περίοδο και θα βοηθήσουν επίσης τη νοσηλεύτρια του τμήματος να δώσει πιο εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο.

γ. Νοσηλευτική φροντίδα μετεγχειρητικής φάσης

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς μετά τη λαρυγγεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής και διεγχειρητικής περιόδου. Η μετεγχειρητική φάση περιλαμβάνει:

α) Την οργάνωση της μετεγχειρητικής περιθαλψης

Σε περιπτώσεις Χορδεκτομίας - Μερικής λαρυγγεκτομής, πρέπει να φροντίζουμε για την υγιεινή του στόματος, να γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων και εκτίμηση αυτών, να προειδοποιείται ο άρρωστος για τον περιορισμό χρησιμοποίησης της φωνής του και για την εγκαθίδρυση εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας. Θα πρέπει επίσης να γίνει διδασκαλία του αρρώστου για το πως να κλείνει το στόμιο της τραχείας για να μιλά.

Όταν το ανέχεται ο άρρωστος καλύτερα θα είναι να χορηγούνται μαλακά φαγητά αντί για υγρά, και θα πρέπει να παρακολουθούνται οι ενδοφλέβιες χορηγήσεις.

Θα πρέπει να γίνεται καθαρισμός του τραχειοσωλήνα όταν είναι ανάγκη και αναρρόφηση της τραχειοστομίας, ενέργειας όμως οι οποίες θα αναφερθούν αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο.

Άλλη ενέργεια της νοσηλεύτριας σε αυτή τη φάση είναι η παρακολούθηση της εγχειρητικής περιοχής για τυχόν αιμορραγία ή υποδόριο εμφύσημα.

Τέλος θα πρέπει να χορηγούνται αναλγητικά ή ναρκωτικά για τον πόνο όταν είναι ανάγκη.

Σε περιπτώσεις Υπεργλωττιδικής λαρυγγεκτομής - μιας οριζόντιας τομής πάνω από τις γνήσιες χορδές που επιτρέπει την αφαίρεση μόνο του παθολογικού ιστού - η νοσηλευτική φροντίδα της μετεγχειρητικής φάσης, είναι η ίδια ακριβώς, όπως και στην προηγούμενη περίπτωση.

Στην περίπτωση της ολικής λαρυγγεκτομής γίνεται ότι και στις δύο προηγούμενες περιπτώσεις, μόνο που εδώ απαιτούνται και κάποιες άλλες νοσηλευτικές ενέργειες.

Θα πρέπει να γίνεται ανύψωση του άνω μέρους του κρεβατιού 30° για διευκόλυνση της παροχέτευσης και διατήρησης του αεραγωγού. Θα πρέπει να εξασφαλίζεται εφυγρασμένος αέρας στο τραχειακό άνοιγμα, που θα χορηγείται όσες φορές το χρειάζεται ο άρρωστος, να γίνεται φροντίδα του περιτομιακού δέρματος, να χρησιμοποιείται και αλοιφή (νεοσπορίνη) για την πρόληψη σχηματισμού κρούστας και ψίξης του δέρματος.

Να χορηγείται τροφή και νερό από το ρινογαστρικό σωλήνα, και να γίνεται παρακολούθηση για τυχόν επιπλοκές.

Να διδάσκεται ο άρρωστος να τοποθετεί το χέρι του πίσω από το κεφάλι του για να διευκολύνει το σήκωμά του, και για την τροποποίηση της υγιεινής του στόματος (βούρτσισμα γλώσσας, υπερώας, εσωτερικού του στόματος).

β) Την αντιμετώπιση μιας δύσκολης οργανικής εικόνας και της νέας κατάστασης

Η δυσλειτουργία του ασθενούς μετά την επέμβαση σε όλα τα επίπεδα είναι μεγάλη. Το άτομο κάνει εκτίμηση κερδών και ζημιών. Έχει κερδίσει τη ζωή (συνήθως η πρόγνωση για το λάρυγγα είναι καλή) και έχει χάσει τη δυνατότητα έκφρασης και επικοινωνίας. Χρειάζεται λοιπόν σ' αυτή τη δεύτερη φάση να τεθεί στην οπτική του ασθενούς ο τρόπος επανάκτησης μελλοντικά της ψυχοκοινωνικής του λειτουργικότητας. Πρέπει να κερδηθεί το στοίχημα, η απομόνωση να είναι συγκυριακή και όχι μόνιμη κατάσταση.

Θα πρέπει να βεβαιωθεί ο άρρωστος ότι η αποκατάσταση της ομιλίας του μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική (μπορεί να χρησιμοποιηθεί λαρυγγική ή οισοφαγική ομιλία ή τεχνητός λάρυγγας). Με την βοήθεια του γιατρού, της νοσηλεύτριας, του αρρώστου, της οικογένειας και άλλων ατόμων που έχουν υποστεί λαρυγγεκτομή, και τον ομιλιοθεραπευτή, αρχίζει ένα πρόγραμμα αποκατάστασης της ομιλίας. Περίπου το 75% των λαρυγγεκτομηθέντων αρρώστων για την ομιλία, χρησιμοποιούν μια ποσότητα αέρα σαν πηγή ενέργειας που την παίρνουν μέσα στο λάρυγγα και με συμπίεση των χειλιών δημιουργούν ήχους. Η οισοφαγική ομιλία είναι όμοια με τη διαφορά ότι χρησιμοποιεί αέρα του οισοφάγου με ερυγή για τη δημιουργία ήχου.

Επίσης σήμερα υπάρχουν και διάφορα μηχανήματα τα οποία βοηθούν στην αποκατάσταση της ομιλίας, Σημαντικό είναι να διαλεχτεί το καταλληλότερο για κάθε άρρωστο.

Η τραχειοοισοφαγική παρακέντηση είναι μια σχετικά καινούργια τεχνική που χρησιμοποιεί ένα προσθετικό μηχανήμα (duck - bill). Κατά την παρακέντηση αυτή γίνεται ένα συρίγγιο στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας και το πρόσθιο του οισοφάγου. Δημιουργείται βαλβίδα μιας κατεύθυνσης στο συρίγγιο και χρησιμοποιείται το δάκτυλο για το κλείσιμο του τραχειόστομου κατά την διάρκεια της ομιλίας.

Η νοσηλεύτρια παρακινεί τον άρρωστο να είναι αποφασιστικός και χαλαρωμένος, στοιχεία τα οποία είναι απαραίτητα για να μάθει νέους τρόπους επικοινωνίας. Χρειάζεται να τον ενθαρρύνει συνεχώς και να τον υποστηρίζει, σε συνεργασία και με την οικογένεια του.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ- ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία 10ετία και αυτή η τάση συνεχίζεται.

Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών - νοσηλευτριών-τών και άλλου υγειονομικού προσωπικού. Αυτή η ομάδα, πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τον άρρωστο, τα μέλη της οικογένειας ή και τους φίλους του.

Καθώς λοιπόν μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία, όλο και εμπλέκονται περισσότερες νοσηλεύτριες-τες στη φροντίδα τους σε ειδικευμένα κέντρα, Γενικά Νοσοκομεία και στην κοινωνία, αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων.

Έτσι, θα αναφερθούμε σήμερα στο ρόλο που θα παίζει η Νοσηλεύτρια-της στην αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας σε αρρώστους με κακοήθη νεοπλάσματα.

α. Νοσηλευτική φροντίδα προεγχειρητικής φάσης

Για να εφαρμοστεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, κυρίως:

1. Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού οστών.
2. Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί).
3. Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.

ΑΠΟΛΥΤΗ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ Η ΚΥΗΣΗ.

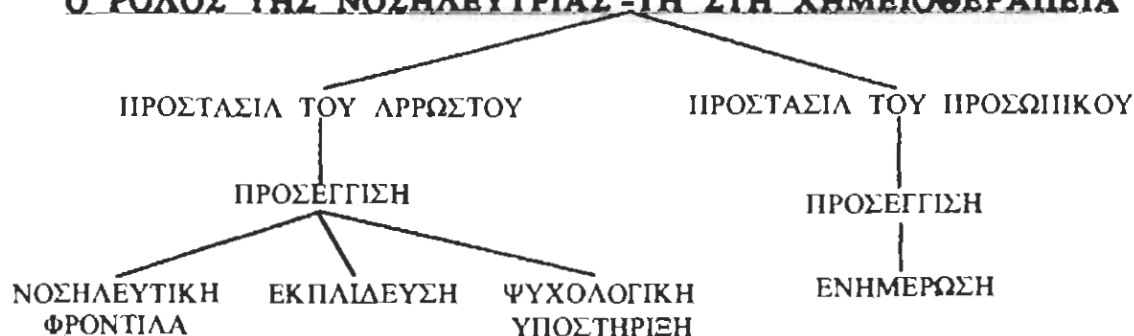
Και πάνω απ' όλα να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία.

β. Πρακτικές αρχές χημειοθεραπείας

Με την απόφαση να χορηγηθεί χημειοθεραπεία στον άρρωστο θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και να μελετηθούν εκτός από τη διάγνωση και σταδιοποίηση:

1. Η ηλικία και η γενική κατάσταση του αρρώστου.
2. Η σχεδιασθείσα σειρά φαρμάκων και η συσταθείσα οδός χορηγήσεως (PO, IM, IV).
3. Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση (πριν και μετά τη θεραπεία).
4. Η ανάγκη να διορθωθούν (εάν χρειάζεται) ορισμένες βλάβες (αναιμία, θρομβοπενία) πριν να αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και η διαιτητική υποστήριξη.
5. Στην προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση, π.χ. χορήγηση αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων.
6. Η εκπλήρωση επιθυμίας αρρώστου, οικογένειας ή των φίλων του για ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπεία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ -ΤΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



γ. Προστασία του αρρώστου

• Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση τη φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου που βοηθείται από τη Νοσηλεύτρια και είναι εξ ίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς αρρώστους.

• Προκειμένου να αρχίσει ένας άρρωστος θεραπεία, η φροντίδα του είναι περίπου η ίδια αλλά η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ θα χρειασθεί να προσαρμοσθεί ειδικά σε κάθε άρρωστο.

• Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν τη φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και υποστήριξή του και μπορεί να περιλαμβάνει:

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μερικά φάρμακα μπορεί να δοθούν σε εξωτερικούς αρρώστους αλλά πολλοί πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο για τη χορήγηση των φαρμάκων και την αντιμετώπιση των παρενεργειών τους, πολλές ημέρες ή μιας ημέρας νοσηλεία (day klining).

Οι άρρωστοι που παίρνουν μεγάλες δόσεις (π.χ. κατά την αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών) θα έχουν πολλά ειδικά προβλήματα όπως:

- Λευκοπενία (1 έως 100)
- Θρομβοπενία (αιμοπ. σπάνια)
- Υψηλό πυρετό (40,4° C)
- Στοματίτιδα (μυκητίαση στοματικής κοιλότητας)

Εδώ λοιπόν η Νοσηλεύτρια -της καλείται να αντιμετωπίσει τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας με την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία είναι ένα σημαντικό τμήμα της προσέγγισής της στον άρρωστο.

Κατά την Νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με τη Νοσηλευτική Λειτουργία θα πρέπει να γίνει:

- Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου
- Οργάνωση και προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Εκτίμηση - Αξιολόγηση

Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου :

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου. Η Νοσηλεύτρια -της δεν θα παραλείψει να ρωτήσει:

- Είστε αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο;
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύετε να κάνετε παιδιά; (Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον).
- Θηλάζετε; (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα; (Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα).
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα; (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του).

Στη συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις του αρρώστου.

Οργάνωση και προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας κατά τη χημειοθεραπεία :

Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίσει έτσι ώστε να:

- εφαρμόσει το πρωτόκολλο των κυτταροστατικών φαρμάκων χωρίς καθυστέρηση.

- οργανώσει το υλικό που θα χρησιμοποιήσει για την εφαρμογή του σχήματος.

- ετοιμάσει το υλικό ανάγκης (δίσκος αντιδότην σε νέκρωση φλεβών), για υποστήριξη του αρρώστου αν χρειαστεί.

- παρακολουθεί και καταγράφει την αντίδραση, δηλ. τα σημεία και τα συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση φαρμάκων και να δράσει ανάλογα, π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά.

- δίνει αναφορά στο ιατρικό προσωπικό.

- ελέγχει με monitor τη λήψη και αποβολή υγρών, κατά τη θεραπεία και 48 ώρες μετά (νεφροτοξικά φάρμακα) π.χ. η ολιγουρία μπορεί να είναι μια ένδειξη τερματισμού της χημειοθεραπείας.

- πληροφορεί τον άρρωστο για τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να του συμβούν.

- φροντίζει τον άρρωστο με στοργή και αγάπη.

Αξιολόγηση - Εκτίμηση :

Εδώ η νοσηλεύτρια-της θα κάνει την αξιολόγησή της/του, δηλαδή κατά πόσο φρόντισε να χορηγηθεί στον άρρωστο η χημειοθεραπεία χωρίς να του στερηθεί η άνεση, χωρίς να ταλαιπωρηθεί πολύ, να πονέσει και να τραυματισθεί, προσπαθώντας να ανιχνεύσει, να προλάβει τις παρενέργειες και να τις αντιμετωπίσει έγκαιρα.

2. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με τον άρρωστο, όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για τη διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας.

Η νοσηλεύτρια-τής όμως, μέσω του ρόλου της θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του.

Όπως αναφέραμε το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλεύτριες-τές λοιπόν, μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες όπου μπορεί να κρατήσει όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο όπως σε μεταβολές του follow up.

Σε χειρουργικούς ασθενείς, μελέτες απέδειξαν ότι λαρυγγεκτομηθέντες ασθενείς που είχαν δεχθεί εκπαιδευτικές συμβουλές δοκίμαζαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία, από ασθενείς που είχαν αφηθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνοι τους.

Στη χημειοθεραπεία θα δοθούν πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια και τρόποι θεραπείας, παρενέργειες) μεμονωμένα ή καθ' ομάδες και θα δοθεί χρόνος στον άρρωστο να συνηθίσει την ιδέα της χημειοθεραπείας και τη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

Κατά την πληροφόρηση - εκπαίδευση ο άρρωστος ενημερώνεται για:

- Την ανάγκη της θεραπείας του.
- Το θεραπευτικό σχήμα (τα φάρμακα δηλαδή που θα του δοθούν).

Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορηγήσεώς τους.

- Τις διαδικασίες που θα γίνουν πριν, κατά και μετά τη χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας, πως και πότε παρουσιάζονται και την αντιμετώπισή τους.

- Και τέλος τις μεταβολές του follow up και στις διαδικασίες που πρέπει να παρακολουθήσουν μετά τη χημειοθεραπεία.

Κατά την πληροφόρηση - εκπαίδευση η νοσηλεύτρια-τής θα πρέπει:

- Να είναι παρούσα-ών κατά την ώρα των συμβουλών του ογκολόγου - παθολόγου γιατρού ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στον άρρωστο και αυτό θα βοηθήσει στο να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και φάσεις εξασφαλίζοντας τη συνοχή.

- Θα πρέπει να ζητήσει από τον άρρωστο να επαναλάβει με δικά του λόγια, τι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί με τη χημειοθεραπεία και αυτό θα δώσει στη νοσηλεύτρια-τή για παρακολούθηση προσεκτική, ευκαιρία, να ανιχνεύσει και ν' αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη τους.

Οι πληροφορίες μπορεί να δοθούν προφορικώς ή γραπτώς.

Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες του είναι εξαιρετικά χρήσιμο όπως για:

- ονόματα κυτταροστατικών φαρμάκων
- οδηγίες χρήσεώς τους
- παρενέργειες και αντιμετώπισή τους
- ονόματα και τηλέφωνα προσώπων που θα έρθει σε επαφή ο άρρωστος όταν εξέλθει από το Νοσοκομείο, ώστε να αισθάνεται άνετα, ζητώντας περαιτέρω εξηγήσεις, όταν βρίσκεται σε παρακολούθηση και έχει άγχος ή ενοχλήματα από τη χημειοθεραπεία.

3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο είναι τόσο οξεία, ώστε χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη στο stress της διάγνωσης και στο stress της θεραπείας. Οι επιπλοκές της θεραπείας είναι πολύ διαφορετικές από αυτές της διάγνωσης.

Η χειρουργική επέμβαση συνήθως φαίνεται σαν αναγκαίο κακό και η σκέψη ότι ο καρκίνος θα αφαιρεθεί είναι συχνά μια ανακούφιση, αλλά η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν έχουν πάντα τέτοια εμφανή καλά αποτελέσματα, παρ' όλο που το εισιτήριο για ένα κρεβάτι στο Ακτινοθεραπευτικό τμήμα, η πράξη της συνταγογραφίας της χημειοθεραπείας μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα μήνυμα ότι υπάρχει ακόμα ελπίδα και ότι ο άρρωστος δεν έχει εγκαταλειφθεί.

Ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας

Μια καλή σχέση Νοσηλεύτριας - ασθενή συμβάλλει στην ηθική συμπαράσταση του ασθενή, του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος με θετικό αποτέλεσμα.

Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στη ζωή του άρρωστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα εξ' αιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών του τρόπου ζωής.

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Άγχος - Φόβος - Αγωνία - Αβεβαιότητα - Κατάθλιψη

Τα οποία γίνονται από:

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Πόνος, έμετος

ΑΛΛΑΓΕΣ ΕΙΔΩΛΟΥ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ: Αλωπεκία, οίδημα

ΑΛΛΑΓΕΣ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ: Οικογενειακές, επαγγελματικές, οικονομικές, κοινωνικές, σεξουαλικές

Πως θα επέμβει η νοσηλεύτρια-τής

Επειδή αυτού του είδους οι αλλαγές δεν είναι ευχάριστες και επειδή ο άρρωστος θα αισθάνεται φοβισμένος και αποθαρρυσμένος μπορεί να επέμβει η νοσηλεύτρια-τής. Πως;

1. Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα νοσηλεύτριας-τή κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφάλειας με τη σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών, δηλ.

- Σωστή εφαρμογή των κανόνων νοσηλείας
- Διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών (κάσκα ψύξεως, περούκα).

2. Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση, όπου η νοσηλεύτρια-τής μέσω του ρόλου της/του θα δώσει πληροφορίες για τη χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματά της στο επίπεδο που θέλει ο άρρωστος ή η οικογένειά του ή οι φίλοι του (Μεμονωμένα ή καθ' ομάδας), και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη και άγχος του.

3. Με την αρμονική συνεργασία νοσηλεύτριας -τή με την υγειονομική ομάδα, όπου η νοσηλεύτρια-τής θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου, οικογένειας, υγειονομικής ομάδας, όπου ο άρρωστος μπορεί μαζί τους να εκφράσει τα συναισθήματα, τους φόβους του, να λύνει τις απορίες του και να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του.

δ. Προστασία του προσωπικού: Προσέγγιση - Ενημέρωση

Η προστασία του προσωπικού γίνεται με την προσέγγιση - πλησίασμα δια της καλής συνεργασίας μεταξύ τους.

Με την εξασφάλιση αυτής της καλής συνεργασίας, δημιουργείται ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για το οποίο φροντίζει η νοσηλεύτρια-τής. Για την ασφάλεια κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία απαιτούνται εφόδια για το προσωπικό, ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα, όπως:

- πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακρυνά μανίκια
- Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφήν σκόνης).
- Προστατευτικά γυαλιά (σε ειδικές περιπτώσεις).
- Γάντια καλής ποιότητας και ν' αλλάζονται κατά την ώρα της έγχυσης του φαρμάκου στη φλέβα.
- Ρολό απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και τον πάγκο).
- Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών.
- Μεταλλικό ή πλαστικό δοχείο με καλό πάμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα.
- Πλαστική σακούλα για τα άχρηστα.

Εκτός των εφοδίων που αναφέρθηκαν ακόμη θα πρέπει:

- Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση γαντιών.
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μολύνσεως θα πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και να σκουπίζεται καλά η περιοχή με απορροφητικό χαρτί. Σε περίπτωση μολύνσεως ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως σε οφθαλμίατρο.
- Να αναφερθεί στην Προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα.
- Όλα τα μολυσμένα υλικά (μπλουζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, μισοχρησιμοποιημένα φάρμακα κ.λ.π.) πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες και να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή << Επικίνδυνα υλικά >>.
- Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλοιώτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες.

- Οι επίτοκες δεν λαμβάνουν μέρος στη διάλυση και χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου, όπως και η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα μέλη του 19^{ου} αιώνα, που οι Roentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στο ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητές της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο κ.λ.π.)
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα)
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία)

Αν ιονίζουσα ακτινοβολία περάσει μέσα από την ύλη ένα μέρος ή όλη η ενέργειά της κατανέμεται τυχαία στα μόρια που συναντά στη διαδρομή της και προκαλεί ιονισμό ή διέγερση των ατόμων από τα οποία αποτελείται.

Ο ιονισμός είναι κοινός και για τη νεκρή και για τη ζώσα ύλη• η διαφορά βρίσκεται στο γεγονός ότι στη νεκρή ύλη δεν υπάρχει συνέχεια, ενώ στη ζώσα ύλη το πρωταρχικό φαινόμενο του ιονισμού ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων, που ανάλογα με το βαθμό και την εντόπιση της βλάβης καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων (πρωτεϊνών, νουκλεϊκών οξέων κ.λ.π.) με αποτέλεσμα τη βιολογική και ατομική καταστροφή.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία που χρησιμοποιείται στην ακτινοθεραπεία καταστρέφει τους τύπους του πρωτοπλάσματος. Ιδιαίτερα όμως ευαίσθητοι σ' αυτή είναι οι μηχανισμοί διαιρέσεως του κυττάρου και σε μεγαλύτερο βαθμό την ώρα της μιτώσεως. Τα νεοπλασματικά, επομένως, κύτταρα είναι πολύ πιο ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων δυνατόν να επανορθωθούν μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.

Όλοι οι νεοπλασματικοί όγκοι δεν έχουν την ίδια ευαισθησία στην ακτινοβολία. Τα κύτταρα που είναι περισσότερο ευαίσθητα είναι αυτά που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα, παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση, είναι εμβρυϊκά και ανώριμα, έχουν μεγάλη αιμάτωση και, επομένως, οξυγόνωση.

Υπενθυμίζεται στο σημείο αυτό πως η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές:

- Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήγη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
- Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π.χ. ανακούφιση από τον πόνο και
- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, μέτρηση του όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος κ.α.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- Το είδος της ακτινοβολίας.
- Η δόση της ακτινοβολίας.
- Ο ρυθμός δόσεως.

- Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται.
- Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται.
- Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.
- Η θερμοκρασία του ιστού, που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.

α. Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά.

1. Εξωτερική εφαρμογή. Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με:

- Ενδοκοιλιακά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες του οργανισμού. Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται με έγχυση (υγρή μορφή) ή τοποθέτηση μέσα στην κοιλότητα (στερεά μορφή).
- Εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελονών, καψουλών, κόκκων, ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα σε ιστούς.
- Εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια.

β. Ανεπιθύμητες ενέργειες – Επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών, που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους πιο κάτω τέσσερις παράγοντες:

- Ένταση της δόσεως που έχει οριστεί. Ο άρρωστος που παίρνει μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσους παίρνουν μικρή δόση.
- Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση του σώματος δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.
- Ακτινοευαισθησία των κυττάρων. Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτά.
- Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές διακρίνονται σε πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές. Αυτές είναι:

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νεκρώσεως) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), η επούλωσή του γίνεται πολύ αργά εφόσον άμεσα συσχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα (τα κύτταρα αυτά είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία, καταστρέφονται και επιβραδύνεται η επουλωτική επεξεργασία της περιοχής των ιστών που νεκρώθηκαν).

Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

- Ερυθρηματώδης: Εμφανίζεται την 1^η έως 3^η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα, ξηραίνεται,

γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάζει ρωγμές. Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας.

- Φυσαλιδώδης: Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1^η έως 2^η εβδομάδα.
- Εσχαροποιητική: Εμφανίζεται αμέσως μετά την ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα - οίδημα δέρματος - φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζουν βαθιές εξελκώσεις.

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται, ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές: Αυτές είναι, η υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος, της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών. Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εμφανισθεί μακροπρόθεσμα.

Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).

Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής). Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θύλακους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά την διακοπή της ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά.

Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτης), λειχαιμία, βράχυνση χρόνου ζωής κ.α.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντιδράσεως όπως:

- Γενική καταβολή δυνάμεων
- Ναυτία - εμέτους
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Πυρετική δεκατική κίνηση

γ. Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων

Και όταν τα ραδιοϊσότοπα εφαρμόζονται για θεραπευτικούς σκοπούς δεν είναι ακίνδυνα. Γίνονται όμως ακίνδυνα εφόσον τηρηθούν μέτρα προστασίας.

Τα μέτρα προστασίας που θα παρθούν θα εξαρτηθούν:

- από το είδος του ραδιοϊσοτόπου και
- από τον τρόπο εφαρμογής

Γενικά η ποσότητα της ραδιενέργειας που παίρνει το προσωπικό κατά τη διάρκεια της φροντίδας του αρρώστου που κάνει την ακτινοθεραπεία εξαρτάται από τρεις παράγοντες: την απόσταση, το χρόνο και τη θωράκιση.

Απόσταση: Ο διπλασιασμός της αποστάσεως από την πηγή των ακτίνων x και της γ ακτινοβολίας περιορίζει στο ένα τέταρτο τη βλάβη από έκθεση στην ακτινοβολία.

Χρόνος: Όσο λιγότερο χρόνο μένει το άτομο κοντά στην πηγή που ακτινοβολεί, τόσο πιο λίγη ακτινοβολία παίρνει• π.χ. αν το άτομο μείνει 5 λεπτά κοντά στην πηγή ακτινοβολίας αντί για 10, θα πάρει τη μισή ακτινοβολία από ότι θα έπαιρνε.

Θωράκιση: Αυτή εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Την ακτινοβολία α μπορεί να τη σταματήσει ένα φύλλο χαρτιού. Την β τη σταματά ένα παχύτερο διάφραγμα από αδιάβροχο ή ξύλο, ενώ η γ είναι πολύ διεισδυτική και απορροφάται μόνο από μολύβδινο διάφραγμα ή τσιμέντο.

Το προσωπικό που φροντίζει αρρώστους, που κάνουν ακτινοθεραπεία πρέπει να φοράει το δοσίμετρο για τον υπολογισμό της ακτινοβολίας που παίρνει.

Στην εξωτερική εφαρμογή (όταν το ραδιοϊσότοπο θωρακισμένο εφαρμόζεται σε συγκεκριμένο σημείο του σώματος) και την εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου, που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δεν εισέρχεται στην κυκλοφορία και δεν μολύνει τα απεκκρίματα. Ο άρρωστος όμως δεν παύει να είναι πηγή ακτινοβολίας και το προσωπικό πρέπει να εφαρμόζει τα μέτρα αποστάσεως, χρόνου και θωρακίσεως. Χρειάζεται επίσης προσοχή μήπως τα ραδιοϊσότοπα εκτοπιστούν και μολύνουν το περιβάλλον.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή το ραδιενεργό διάλυμα που εισάγεται με έγχυση δεν έχει θωράκιση στη θωρακική κολότητα. Επειδή η εισαγωγή του ραδιενεργού διαλύματος γίνεται με παρακέντηση, απαιτείται προσοχή μήπως το διάλυμα διαφύγει από το σημείο παρακέντησεως.

Σε περίπτωση που θα χρειαστεί εκκενωτική παρακέντηση μετά τη χορήγηση του ραδιοϊσοτόπου επιβάλλεται η λήψη μέτρων για την αποφυγή μολύνσεως του περιβάλλοντος. Επίσης αν ο άρρωστος στον οποίο έγινε έχει

πτύελα, καλό είναι να φυλάγονται ανάλογα επειδή είναι δυνατόν να είναι μολυσμένα σε περίπτωση επικοινωνίας υπεζωκοτικής κοιλότητας με βρόγχο.

Στη χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια το ραδιοϊσότοπο δεν είναι θωρακισμένο, μπαίνει μέσα στην κυκλοφορία και από ορισμένα απεκκρίματα.

Οι κίνδυνοι μόλυνσεως του περιβάλλοντος είναι περισσότεροι και απαιτείται λήψη μέτρων. Επιβάλλεται τήρηση αρχών αποστάσεως και χρόνου. Αν τις πρώτες 6 ώρες μετά τη λήψη του ραδιοϊσοτόπου από το στόμα ο άρρωστος κάνει έμετο θα πρέπει ο έμετος με προσοχή να φυλαχτεί και να σταλεί στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.

δ. Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστό της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται (1) στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίον πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες x - Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται η ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδρίων που έχει ήδη κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.

- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σίμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.

- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;

- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και σε άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας

- διατηρείται στεγνή
- πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή.
- δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή.
- τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ).
- προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο.
- αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.
- δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.

3. Το διαιτολόγιό του (φαγητό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει, δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Το τμήμα ακτινοθεραπείας περιλαμβάνει ορόφους, με ειδικές κτηριακές εγκαταστάσεις όπως τοίχοι από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο καθώς και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Λε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό μηδενίζεται η ραδιενεργός δράση του) ή αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για (1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή

μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδικοιλιακά, ενδοιστικά), (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία., (5) το σημείο εφαρμογής και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και, επομένως, δε μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δε λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.

- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.

- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο που χρησιμοποιείται.

- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.

- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομονώσεως.

- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλουζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.

- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παραθύρου παρακολούθησής του αρρώστου), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιοριστεί το αίσθημα της μοναξιάς.

- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο Kandex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

- Κατά την προσφορά της νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό του χωρίς όμως να εγκαταλείπει τον άρρωστο.

- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.

- Σε περίπτωση μόλυνσής του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος, για να ενεργήσει ανάλογα.

- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου,, έφυγε από τη θέση που εμφυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

- Ποτέ μην πιάνεται ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.

- Πριν πεταχθεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.

- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

Το ραδιενεργό υγρό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα, μολύνει, ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκκρίσεως του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, τους εμέτους κ.α, γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθοριστεί για το χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω υλικών.

Τρία είναι κυρίως τα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται με τους πιο πάνω τρόπους και δεν είναι θωρακισμένα: το ιώδιο -131 , ο φωσφόρος 32 και ο χρυσός -198 . Όταν χρησιμοποιούνται για θεραπευτικό σκοπό λαμβάνονται συνοπτικά τα εξής μέτρα:

Ιώδιο -131 (^{131}I) : Ο χρόνος υποδιπλασιασμού του είναι 8 ημέρες. Λαμβάνεται από το στόμα και το σώμα του αρρώστου που το πήρε εκπέμπει ακτινοβολία γ και κατ' εξοχήν μολυσμένα απεκρίματα είναι τα ούρα.

Μέτρα προστασίας

- Τήρηση αρχών αποστάσεως, χρόνου και θωρακίσεως.
- Χρησιμοποίηση ατομικού δοχείου.
- Συλλογή και αποστολή ούρων το τμήμα ραδιοϊσοτόπων μέσα σε μολύβδινα δοχεία.
- Χρησιμοποίηση γαντιών όταν ερχόμαστε σε επαφή με τον άρρωστο, τον ιματισμό του και το δοχείο του.
- Χρησιμοποίηση σκευών φαγητού μιας χρήσεως ή το πλύσιμό τους να γίνεται χωριστά.

- Μετά την αποχώρηση του αρρώστου από το δωμάτιο απομονώσεως, αεριζεται ο χώρος και ελέγχεται για ακτινοβολία με ειδικά μηχανήματα.

Φώσφορος -32 (^{32}P) : Χορηγείται από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά• έχει χρόνο υποδιπλασιασμού 14 ημέρες. Το σώμα του αρρώστου εκπέμπει γ ακτινοβολία και δεν θεωρείται επικίνδυνη. Έμετοι, επιδερμικό υλικό και κόπρανα χειρίζονται με προσοχή.

Μέτρα προστασίας

- Αφαίρεση επιδερμικού υλικού με πολύ μακριές λαβίδες.
- Το επιδερμικό υλικό μεταφέρεται στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων σε μολύβδινα δοχεία.
- Μετά την παροχή φροντίδας πλένονται τα χέρια με άφθονο νερό και σαπούνι.

Χρυσός -198 (^{198}Au) : Το σώμα του αρρώστου που εφαρμόστηκε ραδιενεργός χρυσός ενδοκοιλιακά εκπέμπει ακτινοβολία γ. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού του είναι 3 ημέρες. Το επιδερμικό υλικό και οι εκκρίσεις του τραύματος έχουν ανάγκη από ειδική μεταχείριση.

Μέτρα προστασίας:

- Τήρηση αρχών αποστάσεως χρόνου και θωρακίσεως.
- Αφαίρεση επιδερμικού υλικού με μακριές λαβίδες, τοποθέτησή του σε μολύβδινο δοχείο και μεταφορά του στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.

ε. Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα,

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες, αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών, ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντιδράσεως δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους η νοσηλεύτρια μετά από εντολή ιατρική,

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή -αν αυτό δεν είναι δυνατόν- γίνεται

ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).

- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες καλύψεως των φυσικών του αναγκών.

- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία):

- Χορηγούνται αντιδιαρροικά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.

- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.

- Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

ΜΕΡΟΣ ΕΒΔΟΜΟ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗΣ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ

α. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία ασθενή, ο οποίος πρόκειται να υποβληθεί σε τραχειοτομή, οι ενέργειες της νοσηλεύτριας είναι οι εξής:

- Μείωση της αγωνίας, επιτρέποντας στον άρρωστο να εκφράσει με λόγια τον φόβο του για την επέμβαση.

- Λιερμηνεία των πληροφοριών του χειρουργού.

- Εξασφάλιση πνευματικής και συμβουλευτικής βοήθειας αν την επιθυμεί ο άρρωστος.

- Προετοιμασία του αρρώστου να αναπνέει μέσα από το τραχειακό άνοιγμα. Πείτε στον άρρωστο τι μπορεί να περιμένει μετά την εφαρμογή του τραχειοσωλήνα.

- Σχεδιασμός μέσων επικοινωνίας για μετά την εγχείρηση.

- Πληροφόρηση για την μετεγχειρητική περίοδο γενικά.

- Ετοιμασία κρεβατιού και περιβάλλοντος : Η τακτοποίηση τόσο του κρεβατιού, όσο και του περιβάλλοντος του ασθενούς, είναι η ίδια με αυτού που πρόκειται να κάνει οποιαδήποτε εγχείρηση. Στην περίπτωση του ασθενούς με τραχειοτομή τοποθετείται επιπρόσθετα στο κομοδίνο, μπλοκ, μολύβι και

καθρέφτης και λαμβάνεται φροντίδα για την υγροποίηση του εισπνεόμενου αέρα.

β. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Η μετεγχειρητική αγωγή σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει:

Την παρακολούθηση του τραχειοσωλήνα για να διατηρείται καθαρός ώστε να είναι ελεύθερη από εκκρίσεις η αναπνευστική οδός και

Την τόνωση του ηθικού του ασθενούς

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς διαιρείται σε άμεση και έμμεση.

1. Άμεση Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι επηρεάζεται από το είδος της ναρκώσεως και το στάδιο της ανανήψεως, σε περίπτωση γενικής ναρκώσεως. Ανάρροπη θέση συνιστάται, εφόσον άλλοι παράγοντες δεν την εμποδίζουν. Με τη θέση αυτή μειώνεται το οίδημα που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση και επιβοηθείται η αναπνοή.

Η δυσκολία του ατόμου να προσαρμοστεί στη νέα αναπνευστική οδό του δημιουργεί ανησυχία, συναίσθημα ασφυξίας και ανασφάλεια. Η συχνή -αν είναι δυνατό συνεχής- παρουσία της αδελφής κατά τις πρώτες ώρες κοντά στον ασθενή τον ανακουφίζει και του δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.

Έως ότου μάθει ο ασθενής ν' αναπνέει με τον τραχειοσωλήνα είναι πολύ εκνευρισμένος• γι' αυτό βοηθείται με ηρεμιστικά φάρμακα τα οποία χορηγούνται μετά από ιατρική εντολή.

Πρέπει να γίνεται συχνή αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα (κάθε 10' - 15' τις πρώτες ώρες). Η είσοδος ξένου σώματος στην τραχεία

(τραχειοσωλήνα) προκαλεί υπερέκκριση του βλεννογόνου στην αρχή, ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός στο ξένο σώμα.

Ενισχύουμε την επικοινωνία του ασθενούς με το περιβάλλον του προτρέποντάς τον να χρησιμοποιήσει μπλοκ και μολίβι.

Ο εισπνεόμενος αέρας, ο οποίος φυσιολογικά υγραίνεται, θερμαίνεται και φιλτράρεται, όπως έχει λεχθεί από τη μύτη, τώρα εισέρχεται απευθείας στην τραχεία, βρόγχους και πνεύμονες και ξηραίνει, ερεθίζει και μολύνει την αναπνευστική οδό. Κατά συνέπεια βασικό καθήκον της αδελφής είναι η δημιουργία τεχνητών συνθηκών κατά τις οποίες να θερμαίνεται, υγραίνεται και φιλτράρεται ο εισπνεόμενος αέρας. Αυτό επιτυγχάνεται με:

- Τη διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στους 25-27° C,
- Τη διατήρηση της ατμόσφαιρας καθαρής και χωρίς σκόνη,
- Την αποφυγή ρευμάτων με τα οποία κινώνει ο αέρας και αιωρείται σκόνη.

Μετά από πάροδο 6 περίπου ημερών, ο ασθενής προσαρμόζεται στη νέα κατάσταση και δεν υπάρχει πια ανάγκη υγραποίησης, θερμάνσεως και φιλτραρίσματος του εισπνεόμενου αέρα. Για την απομάκρυνση των εκκρίσεως, συνιστώνται συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα.

Αποτελεί βασικό καθήκον της αδελφής η συχνή παρακολούθηση και διατήρηση καθαρού του εσωτερικού σωλήνα, με τη συχνή αφαίρεση και επανατοποθέτησή του.

2. Έμμεση Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Αυτή περιλαμβάνει ότι σημειώθηκε στην άμεση μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα και επιπροσθέτως τα ακόλουθα:

Λιευκολύνεται η κατάποση τροφών κατά τις πρώτες μέρες με τη χορήγηση υδρικής δίαιτας. Έχει ενημερωθεί ο ασθενής για την αναμενόμενη δυσκολία στην κατάποση και έτσι δεν ανησυχεί. Το διαιτολόγιο αυξάνεται προοδευτικά, η τροφή γίνεται ποικίλης και, όταν ο ασθενής μπορεί να καταπιεί εύκολα, δίδονται όλα τα είδη τροφών. Αποφεύγονται οι υπερβολικά ξηρές τροφές.

Οι αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα και αργότερα, μετά πάροδο 8-10 ημερών περίπου, η ανάγκη αναρροφήσεως δεν υπάρχει, εφόσον κάποια επιπλοκή δεν επιβαρύνει την κατάσταση του ασθενούς.

Η καθαριότητα του εσωτερικού του σωλήνα γίνεται επίσης σε αραιότερα χρονικά διαστήματα. Όταν ο ασθενής προσαρμοστεί τελείως στη νέα κατάσταση, οι αλλαγές του τραχειοσωλήνα περιορίζονται σε τρεις καθημερινά (πρωί, μεσημέρι, βράδυ).

γ. Περιποίηση τραχειοτομής και τραχειοστομίου

Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας είναι μόνιμα τοποθετημένος μέσα στο τραύμα και συγκρατείται με στερεή επίδεση γύρω από τον τράχηλο. Γύρω από το τραύμα τοποθετείται γάζα για να συγκρατεί τις εκκρίσεις, ώστε να μην ερεθίζεται από αυτές το δέρμα. Αυτή αλλάζεται συχνά για να διατηρείται το δέρμα στεγνό και να αποφεύγονται οι δερματίτιδες.

Κάθε εμφάνιση εκκρίσεως στο στόμιο του τραχειοσωλήνα πρέπει να αφαιρείται, για να μην εισροφάται πάλι.

Ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας εισέρχεται μέσα στον εξωτερικό και συγκρατείται στερεά μέσα σ' αυτόν με ειδικό μηχανισμό.

Για να καθαριστεί ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας, αφαιρείται από την αδελφή και γίνεται η περιποίηση του τραύματος και του γύρω δέρματος με το

γνωστό για την περιποίηση τραύματος τρόπο. Για το σκοπό αυτό παίρνουμε το τροχήλατο αλλαγής στο οποίο έχουμε set με:

- Γάζες και τολύπια από βαμβάκι
- Λαβίδα και ψαλίδι
- Λεπτή φακαρόλα

Η περιποίηση του τραύματος περιλαμβάνει:

- Φροντίδα τραυματικής χώρας
- Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα

Περιποίηση εσωτερικού τραχειοσωλήνα.

Τα απαραίτητα αντικείμενα για τον καθαρισμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα είναι:

- Δοχείο με αραιωμένο οξυγονούχο νερό,
- Λαβίδα ανατομική,
- Γάζες,
- Μεταλλικό Port - Cotton,
- Βούρτσα τρίχνη κυρτή για την πλύση του σωλήνα,
- Νεφροειδές,
- Βραστήρας.

Με τη βοήθεια γάζας, οξυζενέ, νερού και βούρτσας καθαρίζουμε τον αυλό του εσωτερικού σωλήνα.

Μετά τον καθαρισμό βράζεται επί 3 έως 5 λεπτά της ώρας και επανατοποθετείται στον ασθενή.

Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας αλλάζεται από τον ιατρό. Σε επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθεί αναλυτικότερα, πως γίνεται αυτή η αλλαγή και

ποιές οι ενέργειες οι οποίες ακολουθούνται από την νοσηλεύτρια στις περιπτώσεις που μπορεί και μόνη της να αλλάξει τον τραχειοσωλήνα.

Κατά την αναγραφή της νοσηλεύτικής φροντίδας του ασθενούς με τραχειοτομή σημειώνεται:

α) Η συχνότητα των αναρροφήσεων.

β) Η συχνότητα αλλαγής εσωτερικού τραχειοσωλήνα.

γ) Η κατάσταση του δέρματος.

δ) Η ενστάλλαξη ορού (εφόσον έγινε) μέσα στον τραχειοσωλήνα, για να ενισχυθεί η αποβολή εκκρίσεων.

ε) Κάθε αλλαγή στην αναπνοή το χρώμα του δέρματος, το σφυγμό, τη θερμοκρασία, τη διάθεση του ασθενούς κ.λ.π.

δ. Αναρρόφηση μέσα από τραχειοσωλήνα

Σκοπός: Να απομακρύνουμε τις εκκρίσεις μέσα από το τραχειοβρογχικό δέντρο ώστε να διατηρείται βατός ο αεραγωγός.

Αντικείμενα: Δίσκος με

1. Αποστειρωμένους καθετήρες μιας χρήσης Νο 14 ή 16 (για ενήλικες) και Νο 8 ή 10 (για παιδιά) δύο ή περισσότερους.
2. Αποστειρωμένα γάντια (2 ή περισσότερα ζεύγη).
3. Αποστειρωμένο φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου.
4. Δυο αποστειρωμένες σύριγγες των 5 ml και βελόνες.
5. Αποστειρωμένο δοχείο για την πλύση του καθετήρα.

Γενικά Νοσηλευτικά Μέτρα

1. Χορηγούμε τα αναλγητικά και κατευναστικά με προσοχή ώστε να μην επέλθει καταστολή του αναπνευστικού κέντρου.

2. Αναρροφάμε όταν πρέπει (μπορεί να χρειασθεί κάθε 5' ή 10' τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες και λιγότερο συχνά αργότερα).
3. Χρησιμοποιούμε στηθοσκόπιο για έλεγχο της βατότητας των αεραγωγών.
4. Αποφεύγουμε την περιττή αναρρόφηση γιατί ερεθίζει τον βλεννογόνο και μπορεί να γίνει αιτία λοίμωξης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΓΡΥΠΝΗΣΗ: Η ανάγκη για αναρρόφηση φαίνεται από τις θορυβώδεις υγρές αναπνοές, την αύξηση της συχνότητας σφυγμού και αναπνοών. Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να βήξει και να βγάλει τις εκκρίσεις. Χρησιμοποιούμε αναρρόφηση αν ο βήχας δεν είναι παραγωγικός.

Εκτέλεση αναρρόφησης:

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο και του εξηγούμε το σκοπό της αναρρόφησης.
- Ελέγχουμε τη λειτουργία του αναρροφητήρα.
- Ανοίγουμε με άσηπτη τεχνική το δοχείο έκπλυσης (καψάκι) του καθετήρα και τον γεμίζουμε με φυσιολογικό διάλυμα NaCl.
- Αποκαλύπτουμε ελαφρά την άκρη του καθετήρα για να διευκολυνθούμε στην αφαίρεσή του.
- Φοράμε το δεξί γάντι.
- Αφαιρούμε τον καθετήρα μέσα από τη θήκη του και τον συνδέουμε με το διχαλωτό συνδετικό, που είναι εφαρμοσμένο στο σωλήνα του αναρροφητήρα.
- Γλιστράμε τον καθετήρα με φυσιολογικό διάλυμα NaCl.
- Περνάμε τον καθετήρα με τον αναρροφητήρα κλειστό.

- Για να περάσει ο καθετήρας μέσα σ' έναν από τους δυο βρόγχους (20-30 cm μήκος καθετήρα), λέμε στον άρρωστο να στρέψει το κεφάλι του προς το αντίθετο μέρος. Ανοίγουμε την αναρρόφηση.

- Αφαιρούμε τον καθετήρα όταν ο άρρωστος βήχει.

- Για παχύρρευστες εκκρίσεις πριν από την εισαγωγή του καθετήρα ενσταλλάζουμε φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου (3-5 ml).

- Έχουμε έτοιμο χαρτοβάμβακο ή δοχείο για τις εκκρίσεις.

- Περιστρέφουμε τον καθετήρα ανάμεσα στον δείκτη και τον αντίχειρα και τον μετακινούμε, με ήπιες κινήσεις, ελαφρά πάνω - κάτω καθώς τον αφαιρούμε.

- Δεν αναρροφάμε πάνω από 15" κάθε φορά. Αφήνουμε τον άρρωστο να ξεκουράζεται για τρία λεπτά και επαναλαμβάνουμε την αναρρόφηση αν χρειάζεται. Στα ενδιάμεσα οξυγονώνουμε και αερίζουμε τον άρρωστο για να μειώσουμε την υποξία και να προλάβουμε τις αρρυθμίες.

- Χρησιμοποιούμε το στηθοσκόπιο για ακρόαση κατά μήκος του βρογχικού δέντρου.

- Απομακρύνουμε τον καθετήρα, τα γάντια και το καψάκι, μετά το τέλος της αναρρόφησης.

ε. Αλλαγή τραχειοσωλήνα

Ο τραχειοσωλήνας δεν πρέπει να αλλάζεται για 48, τουλάχιστον, ώρες μετά την εκτέλεση της απλής τραχειοτομίας εκτός αν είναι απόλυτη ανάγκη, και τότε η αλλαγή γίνεται μόνο από άτομο που είναι εξουσιοδοτημένο να το κάνει. Η διαδικασία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει κίνδυνος σύμπτωσης των χειλέων της τομής και πρόκλησης ασφυξίας στον άρρωστο. Η πρόιμη αφαίρεση του τραχειοσωλήνα μπορεί επίσης να προκαλέσει αιμορραγία.

Σε περίπτωση μόνιμης τραχειοστομίας η πρώτη αλλαγή του τραχειοσωλήνα γίνεται από το γιατρό την 1^η μετεγχειρητική μέρα ενώ οι επόμενες από την αδελφή. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή όταν ο άρρωστος έχει κάνει ημιλαρυγγεκτομή διότι προκαλείται λαρυγγόσπασμος.

Αντικείμενα

1. Δίσκος με:

- Μπωλ με τολύπια και χαρτοβάμβακο.
- Νεφροειδές ψαλίδι.
- Τολύπια ή γαζάκια αποστειρωμένα.
- Υδροδιαλυτή γλιστραντική ουσία (jelly).
- Τραχειοσωλήνα αποστειρωμένο (έτοιμο με γάζα και την ταινία στήριξης).
- Peranthen σταγόνες ή γομενέλαιο.
- Λιάλυση υπεροξειδίου του υδρογόνου (για καθαρισμό δέρματος γύρω από το στόμιο).
- Αντιμικροβιακή αλοιφή.

2. Λεκάνη με αντισηπτική διάλυση.

Λιαδικασία

Νοσηλευτικές ενέργειες

α) Φάση εκτέλεσης

1. Ενημερώνουμε τον άρρωστο για να επιτύχουμε τη συνεργασία του.
2. Λίνουμε στον άρρωστο τεμάχια χαρτοβάμβακα για να σκουπίζει τις εκκρίσεις.

3. Ενσταλλάζουμε Peranthen ή γομενέλαιο για τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων και την εύκολη αποβολή τους.
4. Παροτρύνουμε τον άρρωστο να βήξει.
5. Λύνουμε την ταινία στήριξης του τραχειοσωλήνα.
6. Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα από τις φλάντζες με τον δείκτη και τον αντίχειρα και με κατάλληλο χειρισμό τον αφαιρούμε (μπροστά και κάτω).
7. Καθαρίζουμε το δέρμα γύρω από το στόμιο με υπεροξείδιο του υδρογόνου και το επαλείφουμε με αντιβιοτική αλοιφή.
8. Απομακρύνουμε την ταινία στήριξης και τοποθετούμε τον τραχειοσωλήνα στην αντισηπτική διάλυση.
9. Πλένουμε τα χέρια μας.
10. Ανοίγουμε το set του τραχειοσωλήνα με προσοχή και τοποθετούμε τον εσωτερικό σωλήνα μέσα στον αυλό του εξωτερικού, διατηρώντας τον αποστειρωμένο.
11. Γλισχρένουμε τον τραχειοσωλήνα χρησιμοποιώντας αποστειρωμένα τολύπια ή γάζα.
12. Κρατάμε τον τραχειοσωλήνα από τις φλάντζες με το δείκτη και αντίχειρα και τον εισάγουμε στην τραχεία με ήπιες κινήσεις (πάνω και στη συνέχεια κάτω).
13. Στερεώνουμε την ταινία στον αυχένα προσέχοντας να μην είναι σφιχτά δεμένη, αλλά ούτε και πολύ χαλαρά.
14. Βεβαιωνόμαστε ότι η ασφάλεια για τη στερέωση του εσωτερικού σωλήνα είναι στη θέση της.

στ. Αποκατάσταση του ασθενούς

Ο ασθενής που πρόκειται να βγει από το νοσοκομείο με τον τραχειοσωλήνα, προετοιμάζεται από τη νοσηλεύτρια για την καλύτερη αντιμετώπιση της ζωής με τη νέα κατάσταση που δημιουργήθηκε.

Η προετοιμασία αυτή περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτοπεριποίηση, την εκπαίδευση για τη χρησιμοποίηση του προφορικού λόγου, την καλή εμφάνιση του ασθενούς και την προφύλαξή του από διάφορους κινδύνους.

Αυτοπεριποίηση: Την περιποίηση του τραχειοσωλήνα αναλαμβάνει ο ασθενής, όταν ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις, αποδεχτεί την αναπηρία του και μπορεί να την κάνει ακίνδυνα (κατανόηση ορών ασηψίας, κατάλληλη τεχνική κ.λ.π.). Η αδελφή η οποία έχει εκτιμήσει τις δύο πρώτες δυνατότητες του ασθενούς τον βοηθά και στην απόκτηση της τρίτης. Η βοήθεια αυτή συνίσταται στη διδασκαλία από την αδελφή και παρακολούθηση από τον ασθενή της εκτέλεσής της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα. Ο ασθενής παρακολουθεί μέρος της εργασίας αυτής με καθρέφτη τον οποίο θα χρησιμοποιήσει και αργότερα για την εκτέλεσή της.

Η διδασκαλία περιλαμβάνει:

Τη γνώση των απαραίτητων αντικειμένων, τον τρόπο αφαιρέσεως του εσωτερικού τραχειοσωλήνα, την περιποίηση του τραύματος, την καθαριότητα και τον βρασμό του εσωτερικού τραχειοσωλήνα και τον τρόπο επανατοποθετήσεώς του. Επίσης περιλαμβάνει τον τρόπο της προετοιμασίας και χρήσεως των αντικειμένων.

Ο ασθενής μετά από τη θεωρητική ενημέρωση παρακολουθεί την αδελφή στην εκτέλεση των παραπάνω. Εδώ η αδελφή εξηγεί στον ασθενή την κάθε ενέργεια την οποία κάνει.

Η γλώσσα και το περιεχόμενο των πληροφοριών που θα χρησιμοποιήσει η αδελφή θα εξαρτηθεί από το διανοητικό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο του αρρώστου, καθώς και από την ηλικία του. Η αδελφή πρέπει να είναι σίγουρη ότι γίνεται κατανοητή.

Μετά την επαρκή παρακολούθηση από τον ασθενή των εργασιών που προαναφέρθηκαν, η αδελφή τον βοηθάει και τον παρακολουθεί στην εκτέλεση της αλλαγής και καθαριότητας του τραχειοσωλήνα από τον ίδιο. Η ολοκλήρωση της νοσηλείας αυτής από τον ασθενή γίνεται προοδευτικά. Όταν αυτός σταθεροποιήσει την εκτέλεση της εργασίας και βεβαιωθεί η αδελφή ότι την κάνει ακίνδυνα, τότε του αφήνει να την εκτελεί μόνος του, τον παρακολουθεί και τον βοηθάει, όταν υπάρχει ανάγκη.

Τέλος, η αδελφή εξηγεί στον ασθενή τη δυνατότητα να αντικαταστήσει μερικά νοσηλευτικά αντικείμενα με άλλα που βρίσκονται στο σπίτι του, λαμβάνοντας υπόψη το οικονομικό επίπεδο του αρρώστου.

Απαραίτητα αντικείμενα που πρέπει να έχει ο ασθενής στο σπίτι του είναι:

Ένας πλήρης τραχειοσωλήνας και,

Ένας διαστολέας.

Και τα δυο διατηρούνται αποστειρωμένα. Η αδελφή ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο χρησιμοποίησής τους, σε περίπτωση που θα βγει ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας.

Η πιο πάνω ενημέρωση και διδασκαλία γίνεται και σε κάποιον από τους οικείους του ασθενούς για την περιποίησή του σε περίπτωση ανάγκης.

Όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοπεριποιηθούν ή για μικρά παιδιά, δεν γίνεται λόγος για εκμάθηση της νοσηλείας από τον ασθενή.

Μετά την εκμάθηση της αυτοπεριποίησης, ο ασθενής αναλαμβάνει αυτή την εργασία και κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Αυτό επιδρά πάνω του ευεργητικά. Η εκμάθηση της αυτοπεριποίησης γίνεται και σε ασθενείς με πρόσκαιρη τραχειοτομή.

Ομιλία: Ο ασθενής μετά την τραχειοτομή δεν μπορεί να μιλήσει με το γνωστό τρόπο, γιατί ο αέρας δεν περνά από τις φωνητικές χορδές. Γι' αυτό η προσπάθεια εκπαίδευσης βοηθάει τον ασθενή να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του και δια του προφορικού λόγου. Αυτή συνίσταται στα ακόλουθα. Λέμε στον ασθενή να πάρει αναπνοή, αμέσως μετά να κλείσει με το δάχτυλο τον τραχειοσωλήνα και συγχρόνως να μιλήσει. Αυτό επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρωθεί ότι θέλει να πει.

Ακόμα ο ασθενής διδάσκεται τον τρόπο φυσιολογικής ομιλίας καθώς και την ομιλία με τεχνητό λάρυγγα.

Εμφάνιση ασθενούς: Τους περισσότερους ασθενείς απασχολεί η εμφάνισή τους, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ένα καλά τοποθετημένο μαντήλι λαιμού για τις γυναίκες και κολλάρο για τους άνδρες, λύνει το πρόβλημα της εμφάνισης. Τα κολλιέ για τις γυναίκες, που έχουν κάνει πρόσφατα τραχειοτομή, σκεπάζει τα ίχνη του τραύματος.

Φροντίδα στόματος: Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί ότι ο στοματικός βλεννογόνος του, δεν αερίζεται όπως πριν από την λαρυγγεκτομή και η ικανότητά του να ανιχνεύει τυχόν δυσοσμία στόματος μειώνεται. Γι' αυτό το λόγο ο ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα στόματος. Εκτός από το καθημερινό βούρτσισμα θα πρέπει να χρησιμοποιεί μια μαλακή βούρτσα για τον καθαρισμό γλώσσας και των πλαγίων της στοματικής κοιλότητας. Τέλος το στόμα πρέπει να ξεπλυθεί με αρωματικό διαλυμα.

Προφύλαξη: Ο ασθενής ενημερώνεται για το ότι πρέπει να πλένει τα χέρια του πριν ακουμπήσει το στόμιο, να βρέχει τον τρίφτη με ζεστό νερό, να τον στίβει καλά και να τον απλώνει γύρω από το στόμιο* Να μην χρησιμοποιεί σαπούνι, χαρτομάνδηλα ή χαλαρό βαμβάκι, αφού μπορεί να εισροφηθούν μέσα στην τραχεία. Να κάνει μια λεπτή επάλειψη με βαζελίνη στο περιστομιακό δέρμα και να αποσπογγίζει το περίσσειμα της βαζελίνης.

Επειδή θα πρέπει να συμβουλευέται το γιατρό πριν πάρει οποιοδήποτε φάρμακο, γιατί πολλά από αυτά έχουν την τάση να ξηραίνουν το τραχειοστόμιο και να αποφεύγει τη χρησιμοποίηση καθαρού οινόπνευματος γιατί επίσης ξηραίνει το στόμιο και επιπλέον είναι ερεθιστικό.

Ο κίνδυνος πνιγμού, για όσους επιχειρούν θαλάσσιο ή μέσα σε λουτήρα μπάνιο είναι σχεδόν βέβαιος και γι' αυτό το λόγο απογορεύονται και τα δυο. Συνίσταται προφύλαξη του ασθενούς κατά το ντους, χρησιμοποιώντας πλαστικό κάλυμα.

Ενημερώνεται ο ασθενής ότι πρέπει να προστατεύει το στόμιο, όταν κόβει τα μαλλιά του και να χρησιμοποιεί μια στεγνή πετσέτα γύρω από το λαιμό του, όταν ξυρίζεται.

Τέλος ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί ότι ο κίνδυνος για αναπνευστικές φλεγμονές είναι μεγάλος και γι' αυτό πρέπει να προστατεύει τον εαυτό του, παίρνοντας μέτρα όπως να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, να προστατεύεται από κρυολογήματα και άλλα.

2. ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΗ - ΜΙΑ ΞΕΧΑΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ

Τον τελευταίο καιρό αρχίζει να προβάλλεται στη σχετική βιβλιογραφία ένα καινούργιο μοντέλο ερμηνείας της αρρώστιας γενικότερα.

Η υγεία εμφανίζεται σαν μια ολότητα και η αρρώστια σαν μια προειδοποίηση για αλλαγή του τρόπου ζωής. Αυτή η προειδοποίηση για αλλαγή του τρόπου ζωής συνελεύεται και απαρτίζεται στην περίπτωση αρρώστων με λαρυγγεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία από ορισμένα σημεία σωματικής διαφοροποίησης, που αφορούν βασικές λειτουργίες, όπως τρόπο αναπνοής, ομιλίας και εμφάνισης και οι οποίες συντελούν και ολοκληρώνουν τη διαφοροποίηση της σωματικής εικόνας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία.

Ο λάρυγγας, το τόσο χαρισματούχο όργανο παραγωγής ήχου και εργαλείο καθορισμού κοινωνικότητας και συνδιαλλαγής του ατόμου, λαβωμένο ως επί το πλείστον από τον καρκίνο, βρίσκεται στα εν αχρηστία.

Αντί αυτού μια μόνιμη τραχειοστομία, και πίσω από αυτήν, ένας ασθενής με καρκίνο, ένας Άνθρωπος Ασθενής.

Κατά πρώτο λόγο οι ψυχικές αντιδράσεις του ασθενούς ακολουθούν την κλιμάκωση και εξέλιξη των αντιδράσεων ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Κατά τον καθηγητή Στεφανή (1981), εξελίσσονται τρεις φάσεις:

- Η πρώτη φάση που χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία του ασθενούς με καρκίνο.

- Η δεύτερη, όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την αρρώστια του και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα με θετικές και αρνητικές επιπτώσεις.

- Και η τρίτη φάση, όταν το άτομο έχει παγιωθεί στο όλο σύστημα της ψυχολογικής τους άμυνας.

Οι τρεις αυτές φάσεις εμφανίζονται στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, εν όψει αλλαγής

σωματικής εικόνας. Δεν είναι απαραίτητο να υπάρχουν χρονικά όρια. Βάζουν όμως την << πρώτη κακόγουστη πινελιά στην αρμονία της σωματικής και ψυχολογικής εικόνας του ασθενούς >>.

Τα πράγματα όμως αλλάζουν όταν ο ασθενής ξυπνήσει από το χειρουργείο και δει το είδωλό του στον καθρέφτη. Ζει έντονες εφιαλτικές καταστάσεις ψυχικής και σωματικής διαφοροποίησης.

Να πως αφηγείται την κατάστασή του ένας ασθενής με μόνιμη τραχειοστομία: "αμέσως μετά το χειρουργείο, μου γεννήθηκε μια έντονη επιθυμία να γνωρίσω την πραγματική μου εικόνα, αισθανόμουν ότι πολιτογραφήθηκα σε μια χώρα που δεν ήθελα, έφευγα για ένα ταξίδι χωρίς γυρισμό με κατεύθυνση το άγνωστο της προσαρμογής μου, μου προμήθεισαν μια νέα ταυτότητα".

Όνομα και επώνυμο: Μόνιμη τραχειοστομία

Γλώσσα: Οισοφάγειος

Αποσκευές: Ένας σιδερένιος σωλήνας στο λαιμό μου, ένα πλαστικό σωληνάκι στη μύτη μου, ένας καθρέφτης, ένα μπλοκ και ένα μολύβι.

Ένας τουρίστας σε άγνωστη χώρα αξιοπρεπών.

Ένας εξωγήινος σε άγνωστο πλανήτη...

Κάθε μεταβολή στην κατασκευή και λειτουργία του σώματος δημιουργεί διαταραχή στην ακεραιότητα του όλου και τελικά δρα σαν "απειλή" στη νοητή εικόνα του σώματος.

Ο ασθενής με λαρυγγεκτομή και μόνιμη τραχειοστομία νιώθει αυτό το είδος της απειλής και έχει το αίσθημα της "απώλειας", αισθάνεται δε ότι πρέπει να κάνει μια νέα αρχή στη ζωή του, προ της οποίας όμως φοβάται και διστάζει και σιγά - σιγά πέφτει σε θλίψη και κατάθλιψη, η οποία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποδοχή της αλλαγμένης του σωματικής εικόνας.

Κύρια Σημεία
Σωματικής Διαφοροποίησης
Ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία



Λιθενώς θεωρείται πετυχημένη μια εγχείρηση ολικής λαρυγγεκτομής όταν ο λαρυγγεκτομημένος αποκτήσει την πλήρη και ολοκληρωμένη αποδοχή της σωματικής του εικόνας και ζήσει μ' αυτή δημιουργικά.

Αυτή όμως η αλλαγή σημαίνει << αρχίζω και ζω ξανά >>, κοστίζει δε πολύ << ψυχική ενέργεια >>.

Προκειμένου ο νοσηλευτής να αρχίσει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα βοήθειας μετεγχειρητικά για αποδοχή διαφοροποιημένης σωματικής εικόνας, από μόνιμη τραχειοστομία αρχίζει έχοντας υπόψη του τη << Σκάλα Αναπροσαρμογής >> με :

α. Την κατάλληλη ψυχολογική βοήθεια ώστε ο ασθενής να ακολουθεί τις νοσηλευτικές οδηγίες του όλου προγράμματος θεραπείας

Σ' αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής βρίσκει "τρόπους πειθούς", ώστε ο ασθενής να αρχίσει να φαντάζεται την καλύτερευση της κατάστασής του σαν κάτι το πραγματικά ελκυστικό. Π.χ. "πόσο σπουδαίο είναι για σαν να μην αφήνεται εκκρίσεις στον τραχειοσωλήνα, με το να κάνετε τις αναρροφήσεις σας, όπως το συζητήσαμε, να αλλάζεται τη γάζα σας συχνά. Ελάτε να προσπαθήσουμε μαζί, βοηθήστε με. Σιγά - σιγά θα το πετυχαίνετε μόνος σας".

Η κοινή επεξεργασία προγράμματος θεραπείας, η συνυπευθυνότητα Νοσηλευτή - Ασθενούς αυξάνει το ποσοστό "υπακοής".

Εδώ όμως πρέπει να σημειώσουμε ότι ο ασθενής προεγχειρητικά παρακολούθησε ειδικές προβολές πορείας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία, ήλθε σε επαφή με αρρώστους που φθάσαν στο σημείο αποδοχής, ξεπέρασαν τις δυσκολίες προσαρμογής.

Αυτή η ενασχόληση οδηγεί τον ασθενή σε μια "καινούρια ολοκληρωμένη αυτογνωσία" μέσα από την οποία αρχίζει και "ψηλαφά" την καινούργια του εικόνα. Παράλληλα σ' αυτό το στάδιο ο Νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή σε ώρες "ακρόασης" που έχει μαζί του:

- α) να συνειδητοποιήσει τη θέση στην οποία βρίσκεται.
- β) να μη θεωρεί ότι η αρρώστεια ήταν ένα χτύπημα της μοίρας.
- γ) να έχει πεποίθηση στον εαυτό του.
- δ) να στοχεύει με πείσμα στην πλήρη αποκατάστασή του.
- ε) να μην αμφιβάλλει.

Κάτι άλλο που βοηθά τον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία να συμβιβαστεί μ' αυτή, είναι και το να πιστέψει ο ίδιος ο Νοσηλευτής, ότι δεν νοσηλεύει τον ασθενή με αντικειμενικό σκοπό να παραδεχθεί την αλλαγμένη του εικόνα, μετριάζοντας έτσι το δικό του άγχος αλλά : Νοσηλεύει - αξιολογεί και κατευθύνει ένα πρόσωπο με όλες τις σωματικές, διανοητικές, ψυχικές, κοινωνικές δεξιότητες που προϋπήρχαν και υπάρχουν.



Είναι γεγονός ότι η μόνιμη τραχειοστομία απαιτεί αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν:

α) Έντονη επεξεργασία συναισθημάτων ανασφάλειας, αδυναμίας, φόβου, άγχους.

β) Εκμάθηση ορισμένων τεχνικών, όπως αλλαγής τραχειοσωλήνα καθαρισμού τραχειοσωλήνα, αλλαγής γάζας αναρρόφησης, που απαιτούν διαδικασία φόρτισης.

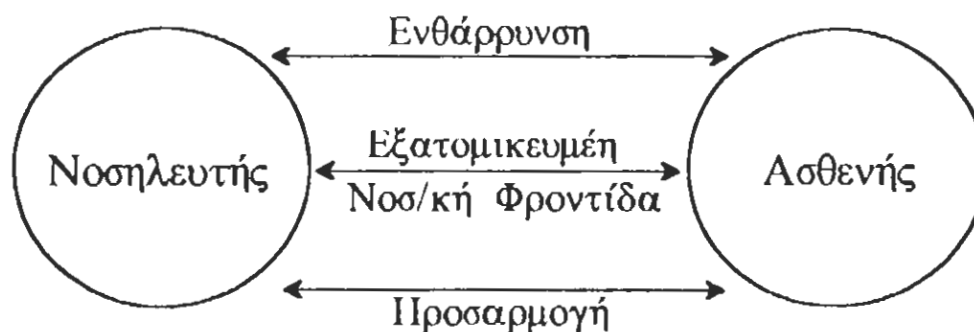
γ) Ανθρώπινη συμπαράσταση.

Έχοντας υπόψη του όλες αυτές τις διαδικασίες και τις διεργασίες, ο Νοσηλευτής μέσα από ένα ψυχοκοινωνικό πλαίσιο στοχεύει στο :

- Να ενθαρρύνει τον λαρυγγεκτομημένο να εκφραστεί και να καταλάβει ότι οι συναισθηματικές του αντιδράσεις είναι φυσιολογικές.
- Να βοηθήσει τον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα με την προσωπική και εξατομικευμένη Ν.Φ.

(είναι καιρός οι Νοσηλευτές να ασχολούνται με τους δικούς τους αρρώστους).

Στόχοι ψυχοκοινωνικού πλαισίου βοήθειας



- Να τον βοηθήσει για την αναπροσαρμογή του με μεταφρασμένη ψυχολογική παρέμβαση σε

- Προώθηση αυτοφροντίδας
- Προαγωγή ανεξαρτησίας
- Ενίσχυση θέλησης
- Διατήρηση ελπίδας

β. Αποδοχή της τραυματικής εμπειρίας της καινούργιας εικόνας μόνιμης τραχειοστομίας

Σ' αυτό το στάδιο ο Νοσηλευτής ενισχύει και βοηθά τον ασθενή να εξωτερικεύσει αρνητικά συναισθήματα όπως π.χ.

<<... Η συνεχής περιποίηση του τραχειοστομίου και του τραχειοσωλήνα, οι πολλαπλές εκκρίσεις των βλεννών, οι ενοχλητικοί θόρυβοι από τα συνεχή βηξίματα προκαλούν στους άλλους αηδία και με αποφεύγουν...>>.

Η συναίσθηση αυτή αυξάνει τον εκνευρισμό του και αμαυρώνει ακόμα περισσότερο την αλλαγμένη του εικόνα.

Ο Νοσηλευτής σ' αυτή τη φάση βοηθά τον ασθενή να δει και τις θετικές πλευρές της μόνιμης τραχειοστομίας, όπως: περιορισμός της νόσου, παράταση χρόνου ζωής, βελτίωση ποιότητας ζωής, παρεμβαίνοντας δε στον κατάλληλο χρόνο συζητά, επιδεικνύει διάφορα μέσα που περιορίζουν την οξύτητα, όπως ειδικές ποδιές, σαλιάρες, κοσμήματα, κολλάρα που καλύπτουν την τραχειοστομία και περιορίζουν τις εκκρίσεις.

Με τις γνώσεις του δε και την ικανότητά του να παρεμβαίνει στον κατάλληλο χρόνο για εξουδετέρωση των συναισθημάτων τέτοιου είδους προχωρεί σε "μετατροπή της πληροφόρησης σε πράξη" με την ενεργό συμμετοχή στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η απόλυτη έλλειψη "αυτοβοήθειας", το άγχος για πιθανή ελαττωματική λειτουργία ορισμένων μηχανημάτων, όπως π.χ. αναρροφητικής αντλίας σε περίπτωση διακοπής ρεύματος, θα πάθω ασφυξία εφόσον δεν θα μπορώ να κάνω αναρρόφηση, αυξάνει την μελαγχολία του ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία και το ποσοστό άγχους που συσσωρεύεται δεν τον αφήνει να αποδεχθεί την καινούργια σωματική του κατάσταση και τον οδηγεί σε ένα αρνητικό σημείο της "αυτοεγκατάλειψης".

Η μεγαλύτερη όμως εμπειρία που θέτει και την οριστική αποδοχή της "χαμένης εικόνας του" και ενισχύει το αρνητικό σημείο της αυτοεγκατάλειψης είναι η χαμένη φωνή του.

Το έργο του Νοσηλευτή σ' αυτό το σημείο είναι να εξασφαλίσει στον ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία την πεποίθηση ότι δεν είναι βωβός ή κωφάλαλος, μπορεί να μιλήσει και μάλιστα πολύ καλά με μια άλλη φωνή.

Μια φωνή που παράγεται με διαφορετικό τρόπο απ' ότι η φυσιολογική φωνή και όμως έχει θεαματικά αποτελέσματα.

Στο σημείο αυτό ο Νοσηλευτής πρέπει να δώσει στο λαρυγγεκτομημένο δυνατότητα έκφρασης από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, έστω και με απλό γράψιμο με μπλοκ και μολύβι μέχρι με ειδικούς πίνακες και γραφομηχανές.

Ένας μεγάλος αριθμός λογοθεραπευτών επιμένουν ότι τα καλύτερα αποτελέσματα οισοφαγικής ομιλίας έχουμε όταν ο ασθενής προετοιμάζεται στην οισοφάγειο ομιλία πριν από τη λαρυγγεκτομή από το Νοσηλευτή και με το Νοσηλευτή.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι η εξειδίκευση είναι ένα μεγάλο εφόδιο για το Νοσηλευτή.

γ. Νοσηλευτική βοήθεια για επαναφορά και αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας ασθενούς με μόνιμη τραχειοστομία από την οικογένειά του.

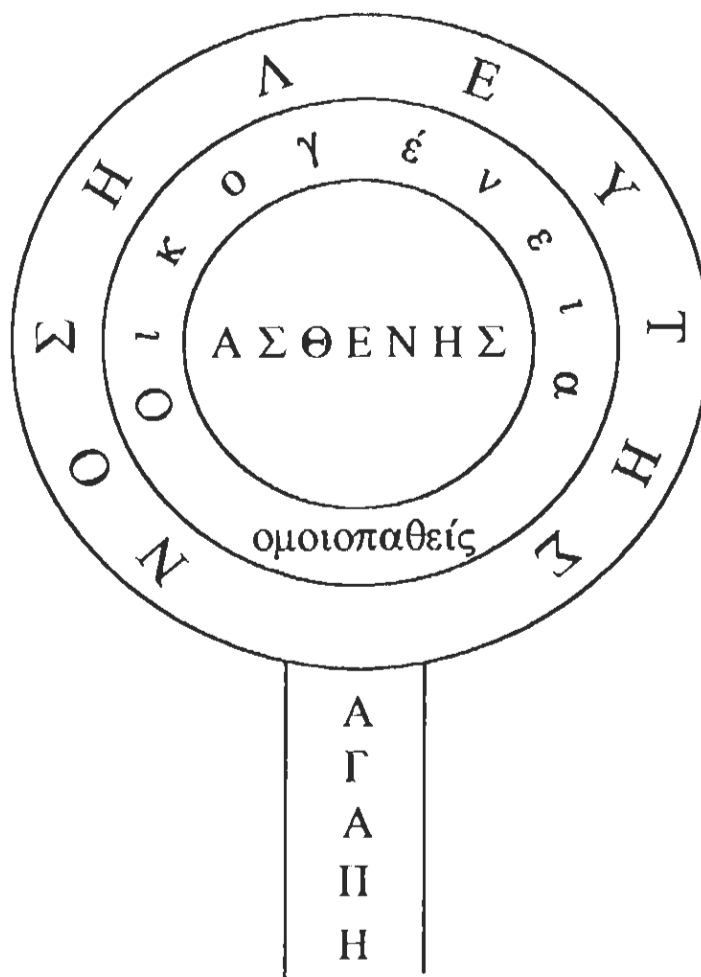
Η αποδοχή της μόνιμης τραχειοστομίας από την οικογένεια του ασθενή αυξάνει κατά πολύ την "προσωπική του αποδοχή".

Οι στενοί συγγενείς είναι και αυτοί κατά κάποιο τρόπο "ασθενείς" και χρειάζονται υποστήριξη.

Ο νοσηλευτής με την οργάνωση και το συντονισμό ευκαιριών - μαθημάτων - συζήτησης τους πληροφορεί:

- για τις προσωπικές δυσκολίες του ασθενούς
- για τις αλλαγές του τρόπου ζωής του, του ενισχύει δε με απλό και κατανοητό τρόπο
- Για τις προσαρμογές του ασθενούς.

*Παράγοντες που συμβάλλουν στην αποδοχή αλλαγής σωματικής
εικόνας στον ασθενή με μόνιμο τραχειοστομιο*



Ο καθηγητής Joseph Matzler στο ανάλογο σύγγραμά του γράφει:

<< Επανεγκατάσταση του λαρυγγεκτομημένου στο σπίτι του πρέπει να γίνει με προγραμματισμό και καλή προετοιμασία. Πριν από την οριστική του επιστροφή πρέπει να επισκέπτεται διαδοχικά το σπιτικό του.

Πρώτα σαν επισκέπτης με μια απλή και συντομη επίσκεψη, ύστερα με μια επίσκεψη ωρών - νύχτας - ημερών και τελικά οριστικά... >>.

Ένα μεγάλο μέρος του "άγχους" των συγγενών μειώνεται όταν συζητούν με τον Νοσηλευτή για τις πρακτικές δυσκολίες που συναντούν από το δικό τους stress.

Πολλές φορές από τέτοιου είδους συζητήσεις βγαίνει στην επιφάνεια "άγχος για την ευθύνη" της αντιμετώπισης του λαρυγγεκτομημένου.

Πέρα όμως από την κινητοποίηση του υποστηρικτικού συγγενικού κύκλου που διαθέτει ο ασθενής με μόνιμη τραχειοστομία, ο Νοσηλευτής προσανατολίζει τον ασθενή και σε ομάδες υποστήριξης ή σωματεία ομοιοπαθών ατόμων, π.χ. σύλλογοι αλάρυγγων ασθενών.

Οι σύλλογοι αυτοί συμβάλλουν σημαντικά στην εξύψωση του ηθικού του ασθενούς με τις ενημερωτικές συζητήσεις που κάνουν μεταξύ τους και καισυνειδητοποιούν μέσα από τους άλλους ομοίους τους τη χαμένη εικόνα τους εφ' ενός και αφ' ετέρου λαμπικάρουν την καινούργια τους, με το επιγραμματικό << καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου, το ξεπέρασα, κοίταξέ με, θα το ξεπεράσεις κι εσύ >>...

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου βοήθειας για αποδοχή αλλαγής σωματικής εικόνας προϋποθέτει και απαιτεί από Νοσηλευτή την πιο μεγάλη δύναμη του κόσμου, την Αγάπη τη μεταφρασμένη σε μια φροντίδα εξατομικευμένη. Μ' αυτή τη δύναμη:

Θα τους ενισχύσει την επιθυμία για ζωή

Θα τους στηρίζει την πίστη

Θα τους φυτεύει την ελπίδα για να μπορούν να λένε:

"Αν μέσα στο σωματόπλεγμα τ' άνθη φουντώνουν γιατί όχι κι εγώ; ..."

ΜΕΡΟΣ ΟΓΔΟΟ:

ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Ο καρκίνος δεν διαλέγει όταν κτυπά ούτε κοινωνικές τάξεις, ούτε ηλικίες, ούτε κατοίκους πόλεως, ούτε κατοίκους χωριών.

Έτσι, οι ασθενείς με καρκίνο είναι από όλες τις ηλικίες και από όλη τη χώρα. Και έτσι κάθε τι που προσφέρεται σ' αυτούς δεν μπορεί να έχει γεωγραφική περιφέρεια.

Σ' όλα τα στάδια της ασθένειας έχουμε ν' αντιμετωπίσουμε ασθενείς κάθε ηλικίας, όπου ο κάθένας θέλει τη δική του μεταχείριση, όπως επίσης αντίστοιχη μεταχείριση χρειάζονται και οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων. Το τελικό στάδιο στον άρρωστο με καρκίνο είναι πολύ μακρύ σε χρόνο, πολύ επώδυνο, πολύ δύσκολο για τον άρρωστο, για τους συγγενείς και για τους λειτουργούς της υγείας που θα ασχοληθούν με τον άρρωστο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτό το στάδιο της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός. Γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι ελπίδες για ίαση. Αντιθέτως οι επιδιώξεις πρέπει ν' αποβλέπουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

Ο άρρωστος έχει ορισμένα δικαιώματα που πρέπει να του εξασφαλισθούν. Τα δικαιώματα αυτά είναι:

1. Να δέχεται συνεχή φροντίδα στις ανάγκες του από εξειδικευμένο και ευαίσθητοποιημένο προσωπικό.
2. Να ανακουφίζεται στον πόνο που φέρει η νόσος.
3. Να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και σεβασμό.
4. Να βρίσκει ανταπόκριση στις ανάγκες του για αγάπη, κατανόηση και για ασφάλεια.

5. Να διατηρεί την ελπίδα και να αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Ο Νοσηλευτής είναι στο στάδιο αυτό της ζωής του, όπου και αν βρίσκεται ο άρρωστος, στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην ιδιωτική κλινική, ο συνδεδεμένος κρίκος μ' όλους όσους μπορούν να του προσφέρουν κάτι. Όπως με το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό και με το συγγενικό του περιβάλλον. Ο άρρωστος τον εμπιστεύεται περισσότερο από όλους τους άλλους, γιατί είναι εκείνος που θα εφαρμόσει κάθε τι που θα τον ανακουφίσει ψυχικά ή σωματικά.

Μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν τρία επίπεδα προσφοράς:

1. Εκείνο που πρέπει να γίνεται
2. Εκείνο που γίνεται
3. Εκείνο που μπορεί να γίνεται

Σε κράτη με προηγμένες παροχές υγείας υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες τελείως ανεξάρτητες από τα νοσοκομεία που ασχολούνται με νοσηλεία ασθενών με καρκίνο στο τελικό στάδιο.

Σ' αυτά υπάρχουν μικρός αριθμός κρεβατιών για τον ασθενή που χρειάζεται εξειδικευμένη θεραπεία ή όταν είναι αδύνατη η παραμονή στο σπίτι από κοινωνικές συνθήκες.

Το κύριο έργο της είναι η οργάνωση και η κατεύθυνση της νοσηλείας στο σπίτι.

Με νοσηλευτές, επισκέπτριες και με διάφορους άλλους από το οργανωμένο κράτος φορείς ή εθελοντικούς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό στα κράτη αυτά έχει εξειδίκευση στην ογκολογία και έτσι μπορεί να αντιμετωπίσει με επιτυχία το δύσκολο αυτό έργο, που έχει πολλές προεκτάσεις. Στη δική μας χώρα δεν υπάρχει ούτε ένα ίδρυμα, ούτε ένας τύπος ξενώνα που να μπορεί να δεχθεί τους ασθενείς τελικού σταδίου, που δεν είναι δυνατό να νοσηλευθούν στο σπίτι τους ή στο νοσοκομείο.

Καθημερινά στα αντικαρκινικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουμε αυτό το πρόβλημα και οι ασθενείς αυτοί καταλήγουν σε κάποιες ιδιωτικές κλινικές με άθλιες συνθήκες και αυτό για ορισμένους που με μεγάλη δυσκολία θα το εξασφαλίσει ο ασφαλιστικός τους φορέας ή από κάποιο εθελοντικό σύλλογο.

Εκείνο όμως που πρέπει εμείς να αγωνισθούμε και να πετύχουμε είναι μια ανώτερη παιδεία από το κράτος για το νοσηλευτικό προσωπικό για να μπορεί να ανταποκριθεί στο έργο που του ζητά η πολιτεία να προσφέρει. Γιατί η ελλειπής παιδεία φέρει κόπωση σωματική και ψυχική, που έχει σαν αποτέλεσμα την αδιαφορία και την αποτυχία.

Μ' αυτά να σκεφτόμαστε τι μπορούμε να κάνουμε σήμερα στη χώρα μας σύμφωνα με τις δυνατότητες που προσφέρονται.

Μπορεί να κάνουμε πολλά πράγματα με λίγο κόστος. Ο ασθενής στο τελικό στάδιο πρέπει να νοσηλεύεται στο σπίτι του. Γιατί:

1. Αποσυμφορίζονται τα νοσοκομειακά κρεβάτια για να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς που τα έχουν άμεση ανάγκη.

2. Ελαττώνεται το κόστος νοσηλείας.

3. Ο ασθενής είναι μακριά από επώδυνες νοσηλείες αναποτελεσματικές, το δε σπίτι του είναι πιο φιλικό σ' αυτόν, μακριά από τους θορύβους του νοσοκομείου, του επηρεασμού από τους άλλους ασθενείς και οι δικοί του είναι πιο κοντά του και πιο ήρεμοι.

Η δυνατότητα αυτή του προσφέρεται με την υπηρεσία << Νοσηλεία στο σπίτι >> που υποστηρίζεται από το νοσοκομείο που εξαρτάται. Εδώ αρχίζει ο τεράστιος ρόλος του Νοσηλευτή, η τεράστια προσφορά της Νοσηλευτικής Επιστήμης, η οποία χρειάζεται εξειδικευμένη παιδεία.

Στην Ελλάδα νοσηλεία στο σπίτι έχουν τα αντικαρκινικά Μεταξά και Άγιοι Ανάργυροι. Τώρα άρχισε ο Ερυθρός Σταυρός και ετοιμάζεται ο Άγιος Σάββας.

2. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Πριν εξέλθει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, ο γιατρός μέσω της προϊσταμένης του τμήματος θα παραπέμψει τον άρρωστο στη Νοσηλεία στο σπίτι με πλήρη στοιχεία θεραπείας και κάθε είδος πληροφορίας για την παρακολούθηση του ασθενή.

Η Νοσηλεύτρια θα επισκέπτεται τον ασθενή άρρωστο στο σπίτι του και ο ρόλος της είναι πολύπλευρος.

Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει:

1. Το χώρο που θα ζει ο ασθενής. Να δώσει οδηγίες πως θα γίνει λειτουργικός γι' αυτόν, σύμφωνα με τις ανάγκες του.

2. Το οικογενειακό περιβάλλον. Θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πως θα αντιμετωπίσουν αυτόν, σύμφωνα με την ψυχική του διάθεση, την ηλικίας του, τις ανησυχίες του.

3. Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και στην περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία, τους συλλόγους, φίλους κυριών, τον δήμο, την κοινότητα. Επίσης πρέπει να φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών. Γιατί διαφορετικά πρέπει να αντιμετωπισθεί το μικρό παιδί ή ο έφηβος που βλέπει να χάνει το γονιό του, η μάνα που θα χάσει το παιδί της, η γυναίκα ή ο άντρας που χάνει το σύντροφό του.

Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πως να περιποιηθούν τον άρρωστο και πως θα αξιοποιήσουν το κάθε υλικό που τους δίνει.

Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες ή τις παραξενιές του αρρώστου και να προσπαθεί να του μεταδώσει αισιοδοξία και την πεποίθηση πως τα πράγματα που τον ανησυχούν έχουν λύση.

Γιατί η ψυχосύνθεση του αρρώστου, έχει επηρεασθεί από την αρρώστια, την μακρόχρονη ταλαιπωρία και τις διάφορες θεραπείες. Παρακολουθεί τον

ασθενή (παίρνοντας εργαστηριακές εξετάσεις) και αξιολογεί τι μπορεί να χρειασθεί.

Και σε συνεργασία με το γιατρό του στο νοσοκομείο να τον κατευθύνει στα εξωτερικά ιατρεία, στην ομάδα πόνου, στο ακτινολογικό εργαστήριο.

Το Νοσοκομείο προσφέρει:

1. Μέσω του φαρμακείου του ιδρύματος τα φάρμακα που θα χρειασθούν (παισιόνα, ναρκωτικά κ.α.) και έτσι αποφεύγεται η ταλαιπωρία της προμήθειας των φαρμάκων από το ασφλιστικό ταμείο.

2. Το ασθενοφόρο του νοσοκομείου μεταφέρει τον ασθενή στο νοσοκομείο και τον επαναφέρει στο σπίτι του, όταν χρειασθεί.

Έτσι η νοσηλεύτρια υπογραμμίζει κάθε τι που αφορά τον άρρωστο μέχρι το τέλος της ζωής του.

Η << Νοσηλεία στο σπίτι >> μπορεί να εξαπλωθεί σ' όλη τη χώρα χωρίς μεγάλο κόστος.

Στον κάθε άρρωστο με καρκίνο, όταν δεν έχει το ειδικό κέντρο πλέον να του προσφέρει θεραπεία ίασης, θα πρέπει εκτός από το ιστορικό που παίρνει ο άρρωστος στο χέρι του, να στέλνεται και ένα στο γιατρό του αγροτικού ιατρείου ή του κέντρου υγείας ή του νοσοκομείου που θα παρακολουθεί τον άρρωστο για να γνωρίζει την κατάστασή του και να μπορεί να του προσφέρεται κάθε ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι του.

Από τη νοσηλεύτρια του αγροτικού ιατρείου ή του Κέντρου Υγείας ή του νοσοκομείου μπορεί να προσφερθεί νοσηλεία στο σπίτι και με συνεργασία το ΠΙΚΠΑ στις πόλεις.

Ό,τι γίνεται με κέντρο το αντικαρκινικό νοσοκομείο, μπορεί να γίνει σε όλη την Ελλάδα, από τα κατά τόπους νοσοκομεία. Και έτσι να μην ταλαιπωρούνται οι άρρωστοι που είχαν την ατυχία να έχουν καρκίνο. Γιατί οι γιατροί της επαρχίας που θα παρακολουθούν τον άρρωστο αν δεν έχουν ένα ιστορικό στο χέρι τους, που να λέει την πραγματική κατάστασή του, τον στέλνουν πάλι στο ειδικό κέντρο. Το ειδικό κέντρο δεν τον δέχεται γιατί δεν

υπάρχει κρεβάτι ή γιατί δεν έχει τι να του προσφέρει και έτσι ο άρρωστος ταλαιπωρείται αφάνταστα.

Πρέπει όλοι όσοι έχουν άμεση σχέση με τους καρκινοπαθείς, να ενεργοποιηθούν, να συνεργασθούν, να απαιτήσουν από το κράτος να προσφέρει στον Έλληνα πραγματική πρόληψη και νοσηλεία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α

Νοσηλευτικό Ιστορικό

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ:	Χρήστος
ΕΠΩΝΥΜΟ:	Μάντασας
ΗΛΙΚΙΑ:	66 ετών
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:	Αγγελική
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ:	Αγγελής
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ:	Μπόκαρη Σοφία
ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΖΥΓΟΥ:	52 ετών
ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ:	ΑΥΛΩΝΑΡΙ ΕΥΒΟΙΑΣ
ΤΟΠΙΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	ΑΥΛΩΝΑΡΙ ΕΥΒΟΙΑΣ
ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	1924
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:	ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ:	Χ.Ο.
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:	Δημοτικού
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	Συνταξιούχος
ΑΣΦΑΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:	ΙΚΑ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΙΤΗΡΙΟΥ:	202267
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΗΤΡΩΟΥ:	178

Ο παραπάνω ασθενής εισήλθε στην Ω.Ρ.Λ. Κλινική του Νοσοκομείου "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" στις 26-10-89.

Στο εισιτήριό του τέθηκε διάγνωση: "εξεργασία λάρυγγα" και είδος θεραπείας: "χειρουργική".

Προγραμματίστηκε για τις 30-10-89 Αμεσοσκόπηση. Προηγήθηκαν γενικές εξετάσεις αίματος και ούρων. Έγινε Η.Κ.Σ. και λήψη ζωτικών σημείων, τα οποία ήταν φυσιολογικά.

Τέθηκε στον ασθενή αγωγή:

- Mycostatin 1 tabl x 3

- Glipir 10 mg 1 tabl x 3
- Inderal 1/2 tabl x 3

Μετά την αμεσοσκόπηση, λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία του αρρώστου που ήταν φυσιολογικά (Α.Π. 100 mmHg - θερμοκρασία 36° C - Σφύξεις 85/min).

Προγραμματίστηκε χειρουργική επέμβαση, (λαρυγγεκτομή - τραχειοτομή) για τις 4-11-1989 και στο θεραπευτικό σχήμα σταμάτησε το inderal και προστέθηκαν:

Rochephin 1gr 1M 1 x 1

Brassan 1 tabl x 3

Solvetan 1gr 1M 1 x 2

Έγιναν και πάλι εξετάσεις στον ασθενή και την παραμονή της επέμβασης μετά από εντολή του ιατρού τέθηκαν στον ασθενή οι εξής οροί:

- Dextwse 5% 1.000 cc 1 x 1
- Ringer's 1.000 cc 2 x 1

Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε στις 4-11-89. Τις επόμενες μέρες ο ασθενής ήταν ήσυχος, τα ζωτικά του σημεία φυσιολογικά και η πορεία της νόσου ικανοποιητική.

Στις 6-11-89 αφαιρέθηκαν οι οροί ενώ το θεραπευτικό σχήμα συνεχίστηκε όπως ήταν.

Στις 15-11-89 ο ασθενής πήρε εξιτήριο. Η κατάστασή του ασθενούς ήταν αρκετά καλή. Ορίστηκε επανεξέταση για τις 10-1-1990.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>Αγωνία - φόβος κατάθλιψη (προεγχειρητικά)</p>	<p>Να μειωθούν ο φόβος και η αγωνία του ασθενούς και γενικά όποιο συναισθήμα μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα όσον αφορά την επέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την επέμβαση και με το τι θα έχει να αντιμετωπίσει μετά από αυτήν. - Θα πρέπει να γίνει επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου. - Ψυχολογική τόνωση του ασθενούς και της οικογένειάς του. - Εξασφάλιση καλού ύπνου και ηρεμίας πριν από την επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξηγήθηκε στον ασθενή, τι ακριβώς είναι η τραχειοτομή και την αναγκαιότητα αυτής. - Προετοιμάστηκε ο άρρωστος για το πως θα αναπνέει μέσα από το τραχειακό άνοιγμα. - Σχεδιάστηκαν τα μέσα επικοινωνίας μετά την επέμβαση, τα οποία θα είναι ένα μπλοκ και ένα μολύβι, μέχρις ότου, αποκατασταθεί η φωνή του αρρώστου. - Βεβαιώθηκε ο άρρωστος ότι θα επανακτήσει τη φωνή του, πολύ σύντομα και ότι όλα θα πάνε καλά. - Επισκεύθηκε ο ασθενής το χώρο του χειρουργείου και εξοικιώθηκε μερικώς με αυτόν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η αγωνία και το άγχος του ασθενούς μειώθηκαν αρκετά και η επέμβαση έγινε μερικώς αποδεκτή από τον ασθενή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
			<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφαλίστηκε στον ασθενή πνευματική και συμβουλευτική βοήθεια. - Χορηγήθηκε ηρεμιστικό στον ασθενή για να εξασφαλιστεί ο καλός ύπνος και η ηρεμία του προεγχειρητικά. 	
<p>Συναίσθημα ασφυξίας και ανασφάλειας (μετεγχειρητικά)</p>	<p>Να καταπολεμηθεί το αίσθημα ασφυξίας του ασθενούς και να παραμεινούν έτσι οι ανασφάλειές του.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρθρωση θέση. - Εξασφάλιση εφυγρασμένου αέρα στο τραχειακό άνοιγμα. Εφυγρασμένο οξυγόνο πρέπει να χορηγείται όσες φορές το χρειάζεται ο άρρωστος. - Ο αέρας ο οποίος αναπνέει ο ασθενής θα πρέπει να είναι θερμός και απαλαγμένος από σκόνη. - Πρέπει να γίνονται συχνές αναρροφήσεις από τον τρα- 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρθρωση θέση, στην οποία θέση μειώθηκε το οίδημα που δημιουργήθηκε κατά την εγχείρηση και επιβροχήθηκε η αναπνοή του. - Η αδελφή φρόντισε και δημιούργησε τεχνητές συνθήκες κατά τις οποίες να θερμαίνεται, υγραίνεται και να φιλτράρεται ο ευνεόμενος αέρας. Φρόντισε δηλαδή: <ul style="list-style-type: none"> • να διατηρεί την θερμοκρασία 	<ul style="list-style-type: none"> - Το αίσθημα της ασφυξίας μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό και ο ασθενής ξεπέρασε τις ανασφάλειές του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
		<p>χειρσοκλήνη, γιατί η είσοδος ξένου σώματος στην τραχεία (τραχειοσκολήνας) προκαλεί υπερέκκριση του βλεννογόνου και γι' αυτό επιβάλλονται συχνές αναρροφήσεις στην αρχή, για να μην αισθάνεται ο ασθενής μας ασφυκτικά.</p> <p>- Συχνή (αν είναι δυνατόν συνεχής) παρουσία της αδελφής κατά τις πρώτες ώρες κοντά στον ασθενή τον ανακουφίζει και του δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.</p>	<p>του θαλάμου στους 25-27°C</p> <ul style="list-style-type: none"> • να διατηρεί την ατιμόσφαιρα καθαρή και χωρίς σκόνη. • να τοποθετεί υγρή γάζα στο στόμιο του τραχειοσκολήνα και να την αλλάζει συχνά. • να αποφεύγει τα ρεύματα με τα οποία κινούνται ο αέρας και αιωρείται σκόνη. - Η αδελφή εκτέλεσε κατά τις πρώτες μέρες πολύ συχνές αναρροφήσεις και έτσι απελευθέρωσε την τραχεία από τις πολλές εκκρίσεις, ενώ συχνά χρόνος προστάθηκε να είναι όσο γίνεται περισσότερο κοντά στον ασθενή. 	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Πιθανή μόλυνση τραύματος	Πρόληψη της μόλυνσας, η οποία θα επιβαρύνει την γενική κατάσταση του ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Καθημερινή περιποίηση του τραύματος. - Συχνές αλλαγές της γάζας, η οποία τοποθετείται γύρω από το τραύμα για να συγκρατεί τις εκκρίσεις. - Τήρηση κανόνων ασηψίας - αντισηψίας. - Ενημέρωση του αρρώστου να πλένει καλά τα χέρια του, πριν ακουμπήσει το στόμιο του τραχειοσωλήνα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Για να καθαριστεί ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας, αφαιρείται από την αδελφή και γίνεται η περιποίηση του τραύματος και του γύρω δέρματος. Ο εσωτερικός τραχειοσωλήνας με τη βοήθεια γάζας, οξυζενέ, νερού και βούρτσας καθαρίζεται και κατόπιν αυτού, βράζεται επί 3 έως 5 λεπτά της ώρας και επανατοποθετείται στον ασθενή. Όλα αυτά γίνονται με βάση τους κανόνες ασηψίας. Ο εξωτερικός τραχειοσωλήνας αλλάζεται μόνο από τον γιατρό. - Κατά την αναγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με τραχειοτομή σημειώνεται: 	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη της μόλυνσης. Διατήρηση του ασθενούς σε καλή σωματική και ψυχική κατάσταση. - Η τομή διατηρείται καθαρή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>Δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους.</p>	<p>- Επιβεβαίωση του αρρώστου ότι η φωνή του θα αποκατασταθεί και πολύ σύντομα θα μπορεί να επικοινωνεί με το περιβάλλον του.</p>	<p>- Διδασκαλία του αρρώστου με ποιο τρόπο να επικοινωνεί με του άλλους προσωρινά. - Ενημέρωση του ασθενούς για την θεραπεία η οποία θα ακολουθηθεί με την βοήθεια του ομιλιοθεραπευτή για απο-</p>	<p>α) Η συχνότητα των αναρροφίσεων β) Η συχνότητα αλλαγής εσωτερικού τραχειοσωλήνα. γ) Η κατάσταση του δέρματος. δ) Η ενστάλαξη ορού (εφόσον έγινε) μέσα στον τραχειοσωλήνα, για να ενισχυθεί η αποβολή εκκρίσεων. ε) Κάθε αλλαγή στην αναπνοή το χρώμα του δέρματος, το σφυγμό, τη θερμοκρασία και τη διάθεση του ασθενούς.</p>	
<p>Δυσκολία στην επικοινωνία με τους άλλους.</p>	<p>- Επιβεβαίωση του αρρώστου ότι η φωνή του θα αποκατασταθεί και πολύ σύντομα θα μπορεί να επικοινωνεί με το περιβάλλον του.</p>	<p>- Διδάχτηκε ο ασθενής πως να χρησιμοποιεί μια ποσότητα αέρα σαν πηγή ενέργειας και να την παίρνει μέσα στο λάρυγγα. Με συμπιέση των χειλιών δημιουργούνται ήχοι. - Ενημερώθηκε ο ασθενής από</p>	<p>- Διδάχτηκε ο ασθενής πως να χρησιμοποιεί μια ποσότητα αέρα σαν πηγή ενέργειας και να την παίρνει μέσα στο λάρυγγα. Με συμπιέση των χειλιών δημιουργούνται ήχοι. - Ενημερώθηκε ο ασθενής από</p>	<p>- Αποκατατάθηκε η επικοινωνία του ασθενούς με το περιβάλλον του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
		κατάσταση της φωνήσεως.	<p>τον ομιλιοθεραπευτή με την βοήθεια της νοσηλεύτριας για την τραχειοισοφαγική παρακέντηση. Η οποία θα ακολουθηθεί για την αποκατάσταση της ομιλίας του και η οποία είναι μια σχετικά καινούργια τεχνική. Κατά την τραχειοισοφαγική παρακέντηση γίνεται ένα συρίγγιο στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας και το πρόσθιο του οισοφάγου. Δημιουργείται βαλβίδα μιας κατεύθυνσης στο συρίγγιο. Το δάκτυλο χρησιμοποιείται για το κλείσιμο του τραχειοστομίου κατά την διάρκεια της ομιλίας.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>Ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας της καινούργιας εικόνας του ασθενούς.</p>	<p>Αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων του αρρώστου και εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης.</p>	<p>- Λέμε στους συγγενείς του αρρώστου και κυρίως στο στενό οικογενειακό του περιβάλλον να αντιμετωπίσουν θετικά την καινούργια σωματική εικόνα του ασθενούς και να μην δείξουν μπροστά του αρνητικές αντιδράσεις.</p> <p>- Ενημερώνουμε τον ασθενή μας ότι όταν με το καλό πάρει εξιτήριο και πάει στο σπίτι του θα μπορεί με διάφορους τρόπους να καλύπτει την τραχειοτομή και να μην αισθάνεται άσχημα απέναντι στους άλλους.</p>	<p>- Οι συγγενείς μετά από συμβουλές της νοσηλεύτριας, αντιμετώπισαν πολύ θετικά τον ασθενή και δεν τον έφεραν καθόλου σε δύσκολη θέση.</p> <p>- Ο ασθενής ενημερώθηκε για το τι ακριβώς μπορεί να φορέει για να περνάει απαρατήρητος. Η νοσηλεύτρια τον συμβούλεψε να φοράει ζακέτες, ascot ή με λαϊμό χελώνας, επίσης όταν φοράει πουκάμισο, το δεύτερο κουμπί από πάνω μπορεί να ραφτεί πάνω στην κουμπότρυπα για να δείχνει κουμπωμένο. Με τον τρόπο αυτό αφήνεται ένα μεγάλο άνοιγμα μέσα από το οποίο μπορεί να μπει ένα μαντήλι όταν βήχει ο άρρωστος.</p>	<p>Ο ασθενής ζετέρασε κατά ένα μεγάλο μέρος, τα προβλήματα που του δημιουργούσε η αλλαγή σωματικής εικόνας.</p>

2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 65 ετών εισήλθε στην Ω.Ρ.Λ. Κλινική του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ " Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" στις 10-3-92. Στο εισιτήριό του τέθηκε διάγνωση "εξεργασία φωνητικών χορδών".

Το ιστορικό του ασθενούς αναφέρει, βράγχος φωνής που δεν υποχωρεί, μικρή απώλεια βάρους, δυσκαταποσία, δύσπνοια. Ο ασθενής παραπονείται για το ότι έχει ένα αίσθημα πίεσης στο λαιμό του.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:	Καρανίκας
ΟΝΟΜΑ:	Βασίλειος
ΗΛΙΚΙΑ:	65 ετών
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:	Συνταξιούχος
ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	Έγγαμος
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	Κεφαλόβρυσο Τρικάλων Θεσ/λίας
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:	Κεφαλόβρυσο Τρικάλων Θεσ/λίας
ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	1927
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:	Δημοτικού
ΥΨΟΣ:	1,78
ΒΑΡΟΣ:	85 Kgr
ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ:	36,7° C
ΠΙΕΣΗ:	110 mmHg
ΣΦΥΞΕΙΣ:	85 /min

Μετά την είσοδο του ασθενούς στην 2^η Ω.Ρ.Λ. ΚΛΙΝΙΚΗ και στο 221 θάλαμο, ορίστηκε να γίνουν μια σειρά από εξετάσεις (γενική αίματος - σάκχαρο - ουρία - κρεατινίνη - ΗΚΓ - Ro θώρακος - γενική ούρων και προγραμματίστηκε για την επόμενη μέρα 11-3-1992 Αμεσοσκόπηση, κατά την οποία ελήφθη παρασκεύασμα για βιοψία.

Μετά την βιοψία η διάγνωση η οποία προέκυψε είναι η εξής: -
Καρκίνος λάρυγγα -

Προγραμματίστηκε για την 1-4-1992 χειρουργική επέμβαση - Ολική
λαρυγγεκτομή-.

Μετά την επέμβαση ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα
ιδιαίτερο, και πήρε εξιτήριο για τις 22-4-1992. Εδόθηκαν οι απαραίτητες
οδηγίες για την περιποίηση της τραχειοτομής στο σπίτι και ορίστηκε να έρθει
ο ασθενής στο νοσοκομείο για επανεξέταση μετά από 2 εβδομάδες.

Κατά την παραμονή του στην κλινική, ο ασθενής τέθηκε στην εξής
φαρμακευτική αγωγή:

Sup	Theoohyline	1x2	(προεγχειρητικά)
Fl	Mandokef 1gr	1x3	(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά επί 14 ημέρες).
Fl	Flagyl	1x2	(μετεγχειρητικά επί 14 ημέρες)
Sir	Bisolvon	10"x3	(μετεγχειρητικά επί 22 ημέρες)
D/w	5% 1000 cc	1x1	1 ^η μετεγχειρητική ημέρα - 3 ^η
L-R	1000 cc	1x1	1 ^η μετεγχειρητική ημέρα - 3 ^η
Pethidine		E.Π.	(μετεγχειρητικά)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>Αγωνία - φόβος κατάθλιψη (προεγχειρητικά)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση του φόβου και της αγωνίας και όλων των άλλων αρνητικών συναισθημάτων. - Εξασφάλιση ηρεμίας του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρότρυνση του ασθενή να εκφράσει με λόγια το φόβο του για την επέμβαση. - Διευκρίνιση κατά τρόπο κατανοητό των οδηγιών που δίνει ο χειρουργός. - Επίσκεψη του ασθενούς στο χώρο του χειρουργείου. - Γνωριμία με το υγειονομικό προσωπικό της κλινικής. - Σχεδιάζουμε μαζί τα μέσα επικοινωνίας μετά την επέμβαση. - Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου, χορηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παροτρύνθηκε ο ασθενής, να εκφράσει με δικά του λόγια και να γίνει κατανοητό, τι ακριβώς φοβάται. Έτσι λοιπόν μπόρεσε να πεισθεί ότι όλα τελικά θα πάνε καλά και ότι πρέπει να παραμερίσει τους φόβους του. - Με την επίσκεψη του ασθενούς στους χώρους του χειρουργείου και με τη γνωριμία του με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, ο ασθενής ξέπερασε ως ένα σημείο το άγχος και την αγωνία του. - Δόθηκε στον ασθενή ηρεμιστικό την παραμονή της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορισμός του άγχους. - Καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από τον ασθενή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αναπνευστική δυσχέρεια (μετεγχειρητικά)	Μείωση της αναπνευστικής δυσχέρειας και εξασφάλιση καλύτερης αναπνοής για τον ασθενή.	<ul style="list-style-type: none"> - Εισπνοές ατμού για εφύγ-ραση των βλεννογόνων και ρευστοποίηση των εκκρίσεων. - Συχνές αναρροφήσεις από τον τραχειοσωλήνα για την διάνοιξη των αεροφόρων οδών. - Εξασφάλιση υγρών και τροφής που καταπίνονται εύκολα. - Χορήγηση φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να κάνει βαθιές εισπνοές ατμού και έτσι επιτεύχθηκε η ρευστοποίηση των εκκρίσεων. - Απομακρύνονται συχνά οι εκκρίσεις από την τραχεία με την αναρρόφηση και έτσι διευκολύνεται ο ασθενής να αναπνέει ελεύθερα. - Εξασφαλίστηκαν για τον ασθενή, υγρά και τροφή η οποία καταπίνεται εύκολα για να μην επιβαρυνθεί η αναπνευστική λειτουργεία. - Χορηγήθηκε στον ασθενή Bisdonp για να βοηθηθεί έτσι στην αναπνοή του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγκαιρη αντιμετώπιση της αναπνευστικής δυσχέρειας. Ο ασθενής αναπνέει καλύτερα και αισθάνεται πολύ πιο άνετα αλλά και πιο σίγουρα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Πόνος	Μείωση του πόνου του ασθενή και εξασφάλιση άνεσης γι' αυτόν.	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτιμάται ο τύπος και ένταση του πόνου. - Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων. - Γίνεται έλεγχος του τραύματος και του τραχειοσωλήνα. - Χρησιμοποιείται ναρκωτικά αναλγητικά. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διαβιβαιώθηκε ο ασθενής ότι ο πόνος που αισθάνεται είναι παροδικός. - Έγινε λήψη ζωτικών σημείων, τα οποία ήταν φυσιολογικά. - Έγινε συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας ή υποδόριου εμφυσήματος. - Χορηγήθηκε 1/2 amp. pethidine. 	Ο πόνος του ασθενή μειώθηκε και ο ασθενής μας τώρα αισθάνεται πιο άνετα.
Δυσοσμία - Μολυνση στόματος	Μείωση της δυσοσμίας του στόματος και πρόληψη τυχόν μόλυνσης που μπορεί να παρουσιαστεί στη στοματική κοιλότητα.	<ul style="list-style-type: none"> - Ο στοματικός βλεννογόνος δεν αερίζεται όπως πριν από τη λαρυγγεκτομή, γι' αυτό ο ασθενής διδάσκεται την τροποποίηση της υγιεινής του στόματος του, η οποία περιλαμβάνει, εκτός από το κανονικό βούρτσισμα, την χρησιμοποιήση 	<ul style="list-style-type: none"> - Διδάχτηκε ο ασθενής πως πρέπει να περιποιείται από εδώ και στο εξής το στόμα του και του προσφέρθηκε βοήθεια τις πρώτες φορές για να μπορέσει να χρησιμοποιήσει μια μαλακή βούρτσα για τον καθαρισμό της υπερώας και 	<ul style="list-style-type: none"> - Η δυσοσμία του στόματος του ασθενούς μειώθηκε. - Δεν παρουσιάστηκε καμιά μόλυνση στη στοματική κοιλότητα του ασθενούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Αλλαγή σωματικής εικόνας	Να αποδεχτεί ο ασθενής την καινούργια του σωματική εικόνα στο μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και με το μικρότερο ψυχολογικό κόστος γι' αυτόν.	<p>μιας μαλακής βούρτσας για τον καθαρισμό της υπερώας και των πλαγίων της κοιλότητας.</p> <p>- Πρέπει να ξεπλυθεί το στόμα με αποσμητικό και αντισηπτικό διάλυμα.</p>	<p>των πλαγίων τοιχωμάτων της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>- Εξηγήθηκε στον ασθενή για ποιο λόγο γίνονται όλα αυτά και προσφέρθηκε βοήθεια σε αυτόν για να ξεπλύνει το στόμα του με αντισηπτικό και αποσμητικό διάλυμα για την πρόληψη τυχόν μολύνσεως και την αποφυγή της δυσοσμίας.</p>	Η οικογένεια του αρρώστου αποδέχτηκε την καινούργια εικόνα του, έδειξε σ' αυτόν αγάπη και κατανόηση και τον στήριξαν ψυχολογικά.
		<p>- Σχεδιάζεται η κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση, μετά από την εκτίμηση της αντιμετώπισης του ασθενούς και της οικογένειάς του, όσον αφορά την αλλαγή της σωματικής του εικόνας.</p> <p>- Ελαττώνεται η ανηυχία και η ενόχληση του ασθενούς.</p>	<p>- Ενημερώθηκε η οικογένεια του ασθενούς για την μεταβολή της σωματικής εικόνας του, και καθοδηγήθηκαν οι συγγενείς να αποδεχτούν την αλλαγή αυτή και να αποφύγουν την προβολή αρνητικών συναισθημάτων, μπροστά στον ασθενή.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΒΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
		<p>- Αναλαμβάνει και ο ασθενής την περιποίηση του τραχειοσωλήνα, όταν πλέον έχει ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις.</p> <p>- Ενημερώνεται ο ασθενής πως θα πρέπει να καλύψει την τομή του, για να μην αποτελεί άσχημο θέαμα για τους γύρω του.</p>	<p>- Όταν πλέον κρίθηκε από την νοσηλεύτρια ότι ο ασθενής ανάκτησε τις δυνάμεις του, τον δίδαξε τον τρόπο εκτέλεσης της αλλαγής και της καθαριότητας του τραχειοσωλήνα. Η νοσηλεύτρια εξήγησε στον ασθενή κάθε ενέργεια την οποία έκανε, για να μπορέσει αυτός να καταλάβει την σπουδαιότητα των ενεργειών αυτών και να μην κάνει λάθος κινήσεις.</p> <p>- Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι η εμφάνισή του μπορεί να αποκατασταθεί με τη χρήση ενός κολλάρου ή μιας ζακέτας με λαιμό ή άλλου ρούχου που μπορεί να καλύψει την τραχειοτομή, μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο.</p>	<p>- Ο ασθενής δείχνει ως ένα βαθμό αποδοχή της τραχειοτομής και είναι σε θέση να αντικρούσει την τομή του και να κάνει ερωτήσεις για την καθαριότητα και την αλλαγή του τραχειοσωλήνα στο σπίτι.</p> <p>- Ακολουθεί πιστά τις οδηγίες που του δίνονται σχετικά με την περιποίηση της τραχειοτομής και με την κάλυψή της, εξασφαλίζοντας έτσι μεγαλύτερη άνεση για τον εαυτό του.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Απώλεια φωνής	<ul style="list-style-type: none"> - Να πεισθεί ο ασθενής ότι σιγά - σιγά και με τη δική του τη βοήθεια θα επανακτήσει τη φωνή του. - Να προληφθούν τυχόν ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βεβαιώνεται ο ασθενής ότι η αποκατάσταση της ομιλίας του μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική (μπορεί να χρησιμοποιηθεί λαρυγγική ή οισοφαγική ομιλία ή τεχνητός λάρυγγας). - Παρακίνηση του αρρώστου να είναι αποφασιστικός και χαλαρωμένος, στοιχεία απαραίτητα, προκειμένου να μάθει νέους τρόπους επικοινωνίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με συνδυασμένες προσπάθειες του χειρουργού, της νοσηλεύτριας, του αρρώστου, της οικογένειάς του, άλλων προσώπων που έχουν λαρυγγεκτομωθεί, και του ομιλιοθεραπευτή, άρχισε ένα πρόγραμμα αποκατάστασής του. - Ο ασθενής διδάχτηκε πως να παίρνει αναπνοή, αμέσως μετά να κλείνει με το δάχτυλο τον τραχειοσκόληνα και συγχρόνως να μιλάει. Αυτό θα πρέπει να το επαναλαμβάνει μέχρι να ολοκληρώσει ότι θέλει να πει. 	<p>Ο ασθενής μπορεί να επικοινωνεί με το περιβάλλον του. Άρα η προσωπική απώλεια ομιλίας, εξαιτίας της λαρυγγεκτομής δεν ενοχλεί ιδιαίτερα τον ασθενή μας και δεν του δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της ειδικεύσεως αυτής, του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι (Επαγγελματίες υγείας, κοινωνία γενικά) αντιλαμβάνονται πως:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.

- Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.

- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας (υποβαστάξεως) και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και στους οικείους του, και

- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας είναι πολύ ουσιαστικός.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημερώσεως του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής (Oncology Nursing Society) με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Το 1978 κυκλοφόρησε το περιοδικό: Cancer Nursing: An international Journal for Cancer Care, για την κάλυψη της ανάγκης ενημερώσεως στα νέα επιστημονικά δεδομένα για την αρρώστια, τη νοσηλευτική βοήθεια του ατόμου που πάσχει από αυτήν. Παράλληλα συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο. Βέβαια, σήμερα είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από ειδικευμένη

νοσηλεύτρια στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι όμως δυνατόν όλες οι νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ό,τι καινούργιο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.

• • •

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. Μη καπνίζετε
2. Μη κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας
5. Τρώτε συχνότερα φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά
7. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
8. Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα
9. Κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας
10. Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και - αν είναι δυνατόν - κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Φ. ΚΟΛΤΟΥΚΗ, Υπεύθυνος Νοσηλευτικού Τμήματος Νοσοκομείου << Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ >>.

Από στατιστικές των τελευταίων χρόνων, έχει αποδειχθεί, ότι ο καρκίνος έχει προοδευτική άνοδο. Σ' αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, εξωτερικοί ή εσωτερικοί, όπως: το μολυσμένο περιβάλλον στο οποίο ως επί το πλείστον ζούμε και η κακή μας διατροφή.

Γι' αυτό όλα τα κράτη της Ευρώπης, άρχισαν ένα γιγαντιαίο αγώνα κατά του καρκίνου, ο οποίος στηρίζεται σε δύο γεγονότα:

1ον. στην πρόληψη ορισμένων μορφών καρκίνου και

2ον. στην ίαση του καρκίνου κατόπιν έγκαιρης διάγνωσης.

Απώτερος σκοπός των κρατών της Ευρώπης, είναι η μείωση των θανάτων, όσο το δυνατόν περισσότερο.

Η επίτευξη τούτου θα γίνει με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.

Μια από τις διαδικασίες στα πλαίσια των ανωτέρω, είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με διάφορα σεμινάρια.

Από επιδημιολογικές και άλλες μελέτες που έγιναν πάνω στον καρκίνο, διαπιστώθηκε έξαρση ή υποχώρησή του, ανάλογα με την αποφυγή ορισμένων και τη λήψη προφυλακτικών μέτρων.

Επίσης διαπιστώθηκε, ότι τα 3/4 των περιπτώσεων του καρκίνου, αφορούν πνεύμονα, μαστό, πεπτικό, δέρμα και γεννητικό σύστημα γυναικών.

Αυτά τα είδη καρκίνου, έχουν κοινά χαρακτηριστικά, δηλαδή:

Ανιχνεύονται εύκολα και προλαμβάνονται με αποφυγή ορισμένων συνηθειών ή τη βελτίωση συνθηκών διαβίωσης και διατροφής.

Για τον σκοπό αυτό, αναπτύχθηκε ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κατά του Καρκίνου ή ο Δεκάλογος της ΕΟΚ, που υποστηρίζεται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των αντιστοίχων Υπουργείων Υγείας και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

Ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Ορισμένες μορφές καρκίνου που μπορεί να προληφθούν, και
- ότι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες εάν εντοπισθούν εγκαίρως.

Όσον αφορά την πρόληψη αναφέρει:

- Μην καπνίζετε, και εάν καπνίζετε σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα.

- Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.

- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.

- Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας, κατά την παραγωγή ή διακίνηση υλικού που είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο.

- Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.

- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.

Για την ίαση ορισμένων μορφών καρκίνου, πρέπει να γίνεται έγκαιρη διάγνωση.

- Γι' αυτό λοιπόν επισκεφθείτε τον γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία, ή ογκίδιο, ή αλλαγή στο μέγεθος ή το χρώμα σε ελιά του δέρματος.

- Επίσης, επισκεφθείτε τον γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής, ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

- Οι γυναίκες, κάνετε test Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.

- Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και εάν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

Η πρώτη εντολή του κώδικα αναφέρει:

Μην καπνίζετε

Σήμερα έχει αποδειχθεί, ότι ο καπνός περιέχει μεγάλο αριθμό καρκινογόνων ουσιών και επιδημιολογικά στοιχεία πείθουν για τη σχέση του καπνίσματος με μια σειρά από κακοήθεις νεοπλασίες. Το κάπνισμα θεωρείται ο σπουδαιότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, οποίος είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές, απ' ό,τι στους μη καπνιστές.

Ο κίνδυνος αυξάνει, όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος και όσο μικρότερη είναι η ηλικία ενάρξεως, ενώ ελαττώνεται με τη διακοπή του καπνίσματος.

Ο κίνδυνος είναι μικρότερος στους καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο, σε καπνιστές πούρων και πίπας και στους καπνιστές που δεν εισπνέουν τον

καπνό. Γιατί ο καπνός που παράγεται με την καύση του τσιγάρου περιέχει πάνω από 40 καρκινογόνες ουσίες, όπως νικοτίνη, πίσσα, μονοξειδίο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, υδροκυάνιο κλπ.

Το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου και για ορισμένους άλλους καρκίνους, όπως της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρέατος, των νεφρών και ουροδόχου κύστεως.

Επιδημιολογικές μελέτες, σε διάφορες χώρες καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι, οι καπνιστές παρουσιάζουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα, απ' ό,τι οι μη καπνιστές.

- Οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα, έχουν διπλάσια θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν.

- Οι άνδρες που καπνίζουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 35 χρόνια, έχουν κατά 70% μεγαλύτερη θνησιμότητα από εκείνους που δεν καπνίζουν.

- Με την διακοπή του καπνίσματος μειώνεται η πρόσθετη θνησιμότητα και μετά 15 χρόνια οι πρώην καπνιστές έχουν περίπου τον ίδιο κίνδυνο με τους μη καπνιστές.

Για την Ελλάδα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας δείχνουν, ότι η μέση ετήσια κατανάλωση καπνού συνεχώς αυξάνεται, με εξαίρεση την παροδική κάμψη κατά την περίοδο της έντονης αντικαπνιστικής εκστρατείας (1978-1980).

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση των ατόμων εκείνων, που από τη φύση του επαγγέλματός τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της εκπαίδευσης του κοινού σε θέματα υγείας. Τέτοιες κατηγορίες ατόμων, εκτός από τους γιατρούς και τους υγειονομικούς, είναι κυρίως οι εκπαιδευτικοί, οι γυμναστές, οι προπονητές και οι υπεύθυνοι οργανώσεων της νεολαίας.

Η πορεία της μάχης κατά του καπνίσματος, που αποτελεί άλλωστε και το σπουδαιότερο μέτρο πρόληψης κατά του καρκίνου, πρέπει να ξεπεράσει με τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση, τις επικρατούσες συνήθειες και τους τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς, την ανεπαρκή σχετική νομοθεσία και τέλος τα τεράστια πολιτικο-οικονομικά συμφέροντα που σχετίζονται με το παγκόσμιο εμπόριο καπνού.

Η δεύτερη εντολή του Ευρωπαϊκού Κώδικα αναφέρει:

Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών

Έχει υπολογισθεί, ότι η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών ευθύνεται για το 3 - 5% των θανάτων από καρκίνο. Η αλκοόλη απορροφάται εύκολα απ' όλα τα τμήματα του πεπτικού συστήματος (ιδιαίτερα το λεπτό έντερο). Με την απορρόφηση διαχέεται μέσω του αίματος σε όλους τους ιστούς και τα βιολογικά υγρά. Έτσι ανιχνεύεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στον εκπνεόμενο αέρα, στα ούρα και και σε περίπτωση εγκυμοσύνης, στην κυκλοφορία του εμβρύου.

Ο μεταβολισμός της αλκοόλης γίνεται κατά 80% στο συκώτι. Η βαρύτητα των βλαβών στην υγεία από τη χρήση της αλκοόλης εξαρτάται βασικά από την ποσότητα και τη διάρκεια χρήσεως, αν και ούτε για την ποσότητα, ούτε για τη διάρκεια υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο << όριο ασφάλειας >>.

Η χρόνια χρήση αλκοόλης προκαλεί πολυάριθμες παθήσεις, όπως χρόνια και οξεία παγκρεατίτιδα, περιφερική νευρίτιδα, χρόνια γαστρίτιδα κλπ. Ο δε συνδυασμός αλκοόλης και καπνού (που άλλωστε είναι συχνός) πολλαπλασιάζει την συχνότητα δημιουργίας καρκίνου οισοφάγου και στοματικής κοιλότητας.

Η συχνότητα του καρκίνου του οισοφάγου αυξάνεται κατά 20 φορές στους βαρείς πότες, που είναι μη καπνιστές και κατά 50 φορές στους βαρείς πότες και καπνιστές. Η πρόγνωση του καρκίνου της στοματικής κοιλότητας είναι σχετικά καλή, ενώ αντίθετα, του καρκίνου του οισοφάγου είναι απογοητευτική.

Είναι αξιοσημείωτο πως οι συνέπειες της αλκοόλης έχουν αναγνωριστεί από πολλά χρόνια.

Η κατανάλωση παρουσιάζει ανοδική πορεία σε πολλές χώρες και κοινωνικές ομάδες.

Η απλοϊκή θέση πως πίνουμε γαι να απαλλαγούμε από το άγχος δεν είναι ορθή, αφού η χρόνια χρήση δημιουργεί άγχος.

Προ 10 χρόνων, από την άποψη καταναλώσεως, η Ελλάδα βρισκόταν στην 20η θέση ανάμεσα στους Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ σήμερα κατέχει την 8η θέση.

Η μόνη κατά συνέπεια λύση, είναι ο περιορισμός της καταναλώσης μέσω της εκπαίδευσέως, αλλά κατά κύριο λόγο μέσω πολιτικών πράξεων.

Έτσι, η εγρήγορση των υπευθύνων σε όλα τα επίπεδα παρουσιάζεται σαν επιτακτική ανάγκη.

Η τρίτη εντολή του Ευρωπαϊκού Κώδικα, αναφέρει:

Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο

Είναι γνωστό, ότι κάθε άνθρωπος λίγο ή πολύ είναι εκτεθειμένος στην ηλιακή ακτινοβολία.

Η ηλιακή ακτινοβολία διακρίνεται στην ιονίζουσα, την υπεριώδη, την ορατή και την υπέρυθη ακτινοβολία.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία ευθύνεται ελάχιστα για πρόκληση καρκίνου του δέρματος.

Εκείνη που δημιουργεί ως επί το πλείστον καρκίνο δέρματος είναι η υπεριώδης ακτινοβολία, μετά από έκθεση μεγάλου χρονικού διαστήματος εις αυτήν.

Οι υπεριώδεις ακτίνες προκαλούν βασικοκυτταρικά και μαλιγγιακά καρκινώματα δέρματος, των οποίων η αντιμετώπιση είναι εύκολη.

Επίσης προκαλούν κακοήθη μελανώματα που έχουν κακή πρόγνωση. Το 70-80% της υπεριώδους ακτινοβολίας κατακρατείται από τη μελανίνη της βασικής στοιβάδας της επιδερμίδας και δεν επηρεάζει τους ιστούς σε μεγαλύτερο βαθμό.

Μετά από παρατεταμένη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία δημιουργούνται ερυθρήματα και εγκαύματα που ενδεχομένως επίσης να παίζουν ρόλο στην πρόκληση καρκίνου δέρματος. Γι' αυτό τα άτομα με λευκό δέρμα, που είναι λόγω επαγγέλματος εκτεθειμένα συνεχώς στον ήλιο είναι περισσότερο επιρρεπή.

Ειδικά προφυλακτικά μέτρα υγείας - ασφάλειας στους χώρους της δουλειάς και η σωστή διατροφή βοηθούν στην αποφυγή άλλων μορφών καρκίνου.

Η τέταρτη εντολή του κώδικα αναφέρει:

Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας ιδιαίτερα στον χώρο εργασίας, κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.

Οι επαγγελματικές εκθέσεις σε διάφορους χημικούς παράγοντες έχει επισημανθεί, ότι δημιουργούν καρκίνους. Αυτοί προσβάλλουν το δέρμα, το ουροποιητικό σύστημα (ιδιαίτερα την ουροδόχο κύστη) και τις αναπνευστικές οδούς (μύτη, πνεύμονα, υπεζωκότα), δηλαδή όργανα με τα οποία οι

καρκινογόνες ουσίες και οι μεταβολίτες τους έρχονται σε άμεση επαφή, είτε κατά την απορρόφησή τους, είτε κατά την απέκκρισή τους.

Σαν παράδειγμα, ομάδων ατόμων που εκτίθενται σε κίνδυνο ανάπτυξης τέτοιου είδους καρκίνου, αναφέρονται: οι θερμαστές, οι ανθρακωρύχοι, οι εργάτες που ασχολούνται με την παραγωγή ασφάλτου και πίσσας, γιατί εκτίθενται σε διάφορα προϊόντα καύσεως του άνθρακος, που επηρεάζουν τον πνεύμονα, λάρυγγα, το δέρμα και την ουροδόχο κύστη.

Οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες πλαστικών έχουν αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου ήπατος και εγκεφάλου.

Οι μεταλλωρύχοι, οινοποιοί, βυρσοδέψες και υφαντουργοί διατρέχουν κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου δέρματος, πνεύμονος και ήπατος.

Οι βαφείς υφασμάτων και επεξεργασίας καουτσούκ, οι παρασκευαστές χρωμάτων, κινδυνεύουν από καρκίνου ουροδόχου κύστεως, λόγω της δράσεως διαφόρων καρκινογόνων ουσιών. Η ατμοσφαιρική ρύπανση των εσωτερικών χώρων έχει πιθανές επιδράσεις στην υγεία, αφού τα πιο ευαίσθητα τμήματα του πληθυσμού, όπως οι ασθενείς, οι ηλικιωμένοι και τα μικρά παιδιά περνούν το σύνολο σχεδόν του χρόνου τους σε κλειστούς χώρους.

Εκτός από το παθητικό κάπνισμα, υπαρκτό κίνδυνο για την υγεία αποτελεί η χρήση συσκευών μαγειρέματος ή θερμάνσεως με αέριο, ιδίως όταν δεν λειτουργούν καλά.

Επίσης, κίνδυνο για την υγεία αποτελούν ορισμένα πρόσθετα διατροφής, όπως συντηρητικά και βελτιωτικά γεύσεως κρεάτων και αλλαντικών, καθώς και χρωστικές ουσίες, έχουν αποδειχθεί καρκινογόνα.

Για την πρόληψη αναφέρει ο Ευρωπαϊκός Κώδικας ότι συντελεί η υγιεινή διατροφή.

Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.

Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.

Θεωρείται πολύ πιθανό, ότι η παχυσαρκία συμβάλλει στον καρκίνο του ενδομητρίου.

Εξ άλλου ενδείξεις υποδηλώνουν, ότι η κατανάλωση προτεϊνών και λιπών ζωικής προελεύσεως αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα προαβολής από καρκίνο του παχέως εντέρου.

Αντιθέτως, η κατανάλωση δημητριακών και λαχανικών μειώνει την πιθανότητα αυτή.

Τέλος, αναφέρεται, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί, ότι η έλλειψη ορισμένων βιταμινών προάγει την ανάπτυξη ορισμένων καρκίνων με χαρακτηριστικά παραδείγματα την βιταμίνη Α και τον καρκίνο του πνεύμονα, τις βιταμίνες Β και C και τον καρκίνο οισοφάγου, την βιταμίνη C και τον καρκίνο του στομάχου.

Η έγκαιρη διάγνωση για πολλές μορφές καρκίνου προσφέρει περισσότερες πιθανότητες θεραπείας και συνεπάγεται καλύτερη πρόγνωση.

Επισκεφθείτε τον γιατρό, αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής, ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για ορισμένες μορφές καρκίνου, η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση (χημειοθεραπεία κλπ.) έχει σημειώσει τέτοια πρόοδο, ώστε να μπορούμε να ομιλούμε για δυνητικά ιάσιμους καρκίνους.

Γι' αυτό η ένατη εντολή επιβάλλει:

Το περιοδικό Τεστ Παπανικολάου για πρόλυση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Ο καρκίνος της μήτρας (τραχήλου και ενδομητρίου) ευθύνεται για περισσότερα από 1.000 κρούσματα τον χρόνο στη χώρα μας.

Ο καρκίνος του τραχήλου σχετίζεται με τους εξής παράγοντες:

- Την πρόωμη έναρξη ερωτικής δραστηριότητας από νεαράς ηλικίας, έντονη σεξουαλική συμπεριφορά με πολλαπλούς συντρόφους, πολλές εγκυμοσύνες.

- Την παρουσία ιών.

- Τις χαμηλές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες.

- Τις προϋπάρχουσες βλάβες, π.χ. την δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας και

- Την κακή ατομική υγιεινή των ερωτικών συντρόφων.

Αντίθετα, ο καρκίνος του ενδομητρίου είναι συχνότερος στις παχύσαρκες και ολιγότεκνες γυναίκες και συσχετίζεται θετικά με την ηλικία εμμηνοπαύσεως και τη λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων.

Η κυτταρολογική εξέταση των κολποτραχηλικών επιχρισμάτων (Pap-Test) μπορεί να ανιχνεύει τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και στο στάδιο, όταν ακόμη δεν υπάρχουν ορατές βλάβες. Γι' αυτό ο περιοδικός έλεγχος είναι απαραίτητος, και πρέπει ν' αρχίζει από την ηλικία των 20 χρόνων.

Επίσης, συχνότερος θεωρείται και ο καρκίνος μαστού στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, καθώς και στην Ελλάδα.

Γι' αυτό η δέκατη εντολή του κώδικα αναφέρει:

Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και αν είναι δυνατό κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

Η συχνότητα του καρκίνου μαστού, είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικο-οικονομικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό.

Η παχυσαρμία, η πρώιμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μαγάλη ηλικία, συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ ο θηλασμός δεν παίζει ουσιαστικό ρόλο.

Αυξημένος είναι επίσης ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με βεβαρυμένο κληρονομικό αναμνηστικό, σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια, σε όσες κάνουν μακροχρόνια χρήση εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και σε όσες δέχονται μεγάλες τοπικές δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας.

Οι τρεις κυριότερες μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η μαστογραφία, (δηλαδή αντινογραφία του μαστού), η θερμογραφία και η ψηλάφηση.

Η θερμογραφία έχει μέτρια αξία, επειδή συχνά δίνει εικόνες θετικές χωρίς να υπάρχει καρκίνος.

Με τη μαστογραφία διαπιστώνονται ογκίδια σχετικώς μικρά μετά την εμμηνόπαυση. Κατά συνέπεια, η μαστογραφία είναι χρήσιμη, κυρίως μετά την εμμηνόπαυση, δηλαδή μετά την ηλικία των 50, γιατί η διαγνωστική της αξία τότε είναι χρήσιμη.

Τη μέθοδο εκλογής πριν την εμμηνόπαυση αποτελεί η ψηλάφηση.

Με την ψηλάφηση γίνεται η διαπίστωση μεγάλων ογκιδίων, ελκών, εισολκής, διήθησις ή οιδήματος του δέρματος του μαστού. Αποτελούν δε, σημεία τοπικά προχωρημένης νόσου με κακή πρόγνωση.

Ογκίδια με σκληρή σύσταση, ακίνητα και με σαφή όρια είναι ιδιαίτερα ύποπτα.

Γι' αυτό είναι προτιμότερο μετά την περίοδο να γίνεται εξέταση προσεκτική, που να περιλαμβάνει τους μαστούς και τις μασχάλες.

Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται τρόπος ζωής, και αν διαπιστώσετε κάτι το ασυνήθιστο, να επισκεφθείτε αμέσως τον ειδικό γιατρό.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

Ν. ΔΟΝΤΑΣ, *Επικ. Καθηγητής Δ/ντής Θωρακοχειρουργικού Τμήματος Νοσοκομείου << Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ >>*, Πρόεδρος Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας.

Η νοσηλεύτρια είναι ο κεντρικός φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ανθρώπου με τη υγεία του. Υγεία σωματική, υγεία πνευματική, υγεία ψυχική. Και η παρουσία αυτή του νοσηλευτού πρέπει να είναι συνεχής, στο σπίτι, στο Νοσοκομείο, σε ένα απλό ιατρείο, ή ακόμη στην κοινωνία που ζούμε. Ο νοσηλευτής είναι το άτομο που θα έρθει σε πρώτη επικοινωνία με όποιον παρουσιασθεί στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, όταν περάσει το κατώφλι του θαλάμου ενός Τμήματος, και σήμερα με τη νοσηλεία στο σπίτι η νοσηλεύτρια βλέπει συχνά τον άρρωστο στον δικό του χώρο, στο δικό του δωμάτιο όπου μπορεί να εκφρασθεί ελεύθερα, κουβεντιάζοντας για τις ανησυχίες του και προσφέροντας τις φροντίδες που χρειάζεται. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια είναι το άτομο που ερωτάται περισσότερο από τον καθένα στο Νοσοκομείο για να δώσει συγκεκριμένες πληροφορίες ή απαντήσεις για κάθε σχετικό με την αρρώστεια θέμα, ή ακόμη και άσχετα ερωτήματα και από τον ίδιο τον άρρωστο και από τον συγγενή του. Θα είναι επίσης ο νοσηλευτής ο τελευταίος που θα ευχηθεί καλό κατευόδιο και θα διαβεβαιώσει τους πάντας ότι όλα ήταν περαστικά.

Όλη η διαδικασία της επικοινωνίας, της σωματικής, της πνευματικής και κυρίως της ψυχικής προσφοράς είναι έργον που δεν καταγράφεται στο ημερήσιο πρόγραμμα ενεργειών και εκτελέσεως των κυρίως νοσηλευτικών πράξεων, δεν αναφέρεται στο ιστορικό η πράξις και το χρονικό όριο επικοινωνίας, ή της απασχόλησης όπως άστοχα λέγεται, χρόνος που μπορεί να είναι ολιγόλεπτος, ή και αρκετά μακροχρόνιος, όπως και να επαναλαμβάνεται κατά τη διάρκεια του ωραρίου της νοσηλεύτριας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του ωραρίου της νύκτας. Η πολυσύνθετη αυτή διαδικασία και ενέργεια της επικοινωνίας, νοσηλεύτρια-άρρωστος, γίνεται, ή δυστυχώς απαιτείται να γίνεται πολλές φορές, από άτομα νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες που δεν έχουν προετοιμασθεί κατάλληλα για ένα τόσο δύσκολο και σημαντικό σκοπό. Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες γνώσεις που δίνονται στη νοσηλευτική εκπαίδευση είναι πλέον τελείως θεωρητικές. Και ακόμη εάν η επικοινωνία που δημιουργεί ένας νοσηλευτής με αρρώστους είναι επιτυχής

και φανερώνεται συστηματικά η ανκούφιση αρρώστων, είναι άγνωστο εάν και αυτό καταγράφεται στις εκθέσεις προαγωγής των νοσηλευτών.

Αλλά οι ενέργειες της νοσηλεύτριας ή της νοσηλευτικής ομάδας ενός Τμήματος ενός Γενικού Νοσοκομείου είναι γενικά αρκετά άνετη εφ' όσον η θεραπευτική πλευρά αποδίδει συνήθως θετικά αποτελέσματα στους αρρώστους. Ακόμη περισσότερο αποδοτική με χαρά και ευτυχία είναι η υπηρεσία σε ένα Μαιευτήριο που η νέα γενιά που φανερώνεται καθημερινά σκορπά δυναμικά στο περιβάλλον ευδαιμονία για το μέλλον. Το Ογκολογικό όμως Νοσοκομείο είναι διάφορο. Οι περισσότεροι άρρωστοι έρχονται σιωπηλοί, ακόμη και με αγωνία στο πρόσωπό τους, με ψυχολογικές αντιδράσεις, με πολλά ερωτηματικά και όλοι θέλουν φεχωριστή υπομονή και ειδική φροντισιά. Και η ειδική αυτή φροντισιά πρέπει να αρχίσει από τη νοσηλευτική υπηρεσία. Μου έχει τεθεί πολύ συχνά το ερώτημα στα τόσα χρόνια που υπηρετώ σε ένα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο, από νοσηλεύτριες ιατρούς αλλά και άλλο προσωπικό, εάν υπάρχει εκπαίδευση για την ενίσχυση του ψυχολογικού παράγοντα, ειδική βοήθεια σε όσους εργάζονται κοντά σε δύσκολους αρρώστους, ώστε να μπορούν να ενισχύονται και να αποδίκουν καλύτερα, χωρίς να τους δημιουργούνται άγχη και αγωνίες. Και τα ερωτήματα που τίθενται είναι α) ποιος πρέπει να είναι ο εκπαιδευτής; β) ποιοί ή ποιες ομάδες πρέπει να δημιουργηθούν; γ) για πόσο χρονικό διάστημα και δ) ποια είναι η διαδικασία της εκπαίδευσης; Υπάρχει φυσικά ένας κεντρικός άξονας υποστήριξης προσωπικού σε ένα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο και έχουμε τη γνώμη ότι πολλά μπορούν να κερδηθούν από την ενίσχυση του προσωπικού και κυρίως των ιατρών και των νοσηλευτών. Πρέπει όμως να σημειωθεί σαν γενική παρατήρηση ότι οι αντιδράσεις των αρρώστων με καρκίνο φαίνονται στην αρχή πολυποικίλες, αλλά στην πορεία της διαδικασίας τα προβλήματα έζουν μια ενιαία κατεύθυνση. Ας μην ξεχνάμε όμως ότι κάθε άρρωστος είναι μια ανεξάρτητη, αυθύπαρκτη και μοναδική ύπαρξη και η επικοινωνία μας πρέπει να είναι πρωτοπόρος και δυναμική.

Η αρχική αυτή γενική θεώρηση δείχνει ότι η Ογκολογία είναι μια διαφορετική ειδικότητα από άλλες και ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει να επικοινωνεί και να ενεργεί σε όλη την πολύπλευρη φάση του καρκίνου. Και ο καρκίνος είναι μια αρρώστεια που μπορεί να προληφθεί σε ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων, όπως μπορεί και να διαγνωσθεί έγκαιρα. Έτσι η εκπαίδευση των νοσηλευτών αρχίζει με την πρόληψη και τους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης, προχωρεί στα διαγνωστικά μέσα που χρειάζεται να εφαρμοσθούν

για τον καλύτερο έλεγχο κάθε ατόμου, ακολουθεί η θεραπεία, η αποκατάσταση και τέλος χρειάζεται η προσαρμογή τους και οι ιδιαίτερες γνώσεις για την συνεχιζόμενη φροντίδα. Ωστε το νοσηλευτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής ογκολογίας θα αρχίσει με την πρόληψη της αρρώστειας που πρέπει να γίνεται από οποιαδήποτε θέση και εάν υπηρετεί ο νοσηλευτής. Είτε, δηλαδή βρίσκεται σε ένα Κέντρο Υγείας είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, ή ακόμη στο περιβάλλον της κοινωνικής τους ζωής. Φυσικά, θα πρέπει, πρώτα από όλα, ο νοσηλευτής, όχι απλά να γνωρίζει, αλλά να συνειδητοποιήσει ότι η ύπαρξή του αποτελεί ένα υπόδειγμα τρόπου ζωής για τους άλλους. Ο νοσηλευτής που καπνίζει ή είναι παχύσαρκος δεν μπορεί να μεταδώσει το μήνυμα για το πρόγραμμα << Ευρώπη κατά του Καρκίνου >> που στο αρχικό του απόφθεγμα αναφέρει << Μην καπνίζετε >>. Και στο σημείο 6 σημειώνει << Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά >>.

Στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, ένας τομέας που θεωρείται από πολλούς υπεύθυνους αρκετά παραμελημένος, ο Νοσηλευτής έχει όλη την υπευθυνότητα της πρώτης, της άμεσης επικοινωνίας με τον άρρωστο, που θα έχει παραπεμφθεί από κάποιο ιατρό, ή άλλο Νοσοκομείο, ή ακόμη θα ξαναέρχεται διότι έχει και πάλιν συμπώματα. Είναι σιωπηλός, είναι φλύαρος, εκνευρισμένος, ανήσυχος. Από τη στάση επομένως της νοσηλεύτριας εξαρτάται η μετάδοση ηρεμίας στο περιβάλλον, να περιμένουν όλοι στον εξωτερικό προθάλαμο χωρίς ιδιαίτερο άγχος, χωρίς να συνωθούνται, όλοι μπροστά σε μια ανοικτή πόρτα, βλέποντας άτακτες παρουσιάσεις ή ακούγοντας δυσάρεστες συζητήσεις ενός άλλου αρρώστου που εξετάζεται. Μια ήρεμη λέξη, με μια σταθερότητα στην έκφραση και στη φωνή, ή ένα άγγιγμα στο χέρι, μετατρέπει το φόβο και την τάση σε φυγή κάθε ανθρώπου που δεν αισθάνεται καλά σε άνεση αναμονής.

Και ήρθε η ώρα που ο ογκολογικός άρρωστος θα έρθει στο Τμήμα. Και είναι γεγονός χωρίς καμιά αμφισβήτηση από κανένα ότι οι νοσηλεύτριες, από την προϊσταμένη μέχρι την νεότερη αδελφή είναι εκεί για κάθε τι. Πρέπει η παρουσία τους να είναι σωστή για να υποδεχθούν στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο τον ογκολογικό άρρωστο που αισθάνεται ότι έχει χάσει τα πάντα μαζί με έναν άμεσο συγγενή που φαντάζεται ήδη μια μεταθανάτια περίοδο. Ωστε το κυριότερο στοιχείο που επιζητείται είναι η απαίτηση που έχει ο άρρωστος για καλή επικοινωνία. Και η νοσηλευτική υπηρεσία σαν μονάδα ή σαν ομάδα πρέπει να έχει μεγάλη φυσική αντοχή, ψυχοκοινωνική

δυναμικότητα και τάση εξομάλυνσης των καθημερινών συνεχών διαφωνιών που παρουσιάζονται σε κάθε πράξη. Είναι άλλωστε γνωστό το παράδειγμα του παιδιού που γκρινιάζει όταν δεν του αρέσει αυτό που του δίνουν, ή είναι σε ανοίκειο περιβάλλον. Και Ιατροί, Νοσηλευτές, Τραπεζοκόμοι, άλλοι Λειτουργοί Υγείας αρχίζουν πολύ συχνά γογγυσμούς με παράπονα και μεμψιμοιρίες εναντίον όλων όταν είναι κουρασμένοι ή έχουν εξωνοσοκομειακά προβλήματα. Ο Διευθυντής Ιατρός δεν εργάζεται αρμονικά με τους συνεργάτες του, οι αμολήπτριες με τις δύσκολες φλέβες των αρρώστων σταματούν την εργασία τους, η νοσηλεύτρια αντιδρά με τον δικό της προσωπικό τρόπο σαν συνέπεια μηχανισμού άμυνας, γιατί κτυπά πολύ συχνά ένα συγκεκριμένο κουδούνι, ή ενοχλείται από την παρουσία ενός συνοδού. Όλες όμως οι αντιδράσεις προβάλλονται από πάρα πολλούς γιατί λίγοι μόνον μπορούν να υφίστανται μια ψυχολογική καταπίεση που δεν ανέχονται. Και τούτο είναι φυσικό αφού κάθε άρρωστος, μέχρις ότου συμβιβασθεί με την αρρώστεια του θα περάσει από μια περίοδο άγχους, απόρριψης, κατάπτωσης, ίσως και μιας συμβιβαστικής συζήτησης, μέχρις ότου αποδεχθεί την περίοδο που θεραπεύεται για μια αρρώστεια που την αποτιμά με πολλά ονόματα και πολλούς τίτλους. Και δεν είναι σήμερα το θέμα μας, η αλήθεια στον άρρωστο. Πρέπει όμως να σημειωθεί ιδιαίτερα ότι για τους περισσότερους αρρώστους με καρκίνο η ταλαιπωρία, ο πόνος και η γενική ανησυχία έρχονται πολύ πιο νωρίς σαν έντονη σκέψη από το θάνατο.

Ωστε, όσο πιο στενή είναι η επικοινωνία όλων όσοι ασχολούνται με καρινοπαθείς σε καθημερινή βάση, και μειωθούν γρήγορα ή αφαιρεθούν οι φραγμοί μεταξύ όλων των συνεργατών για να επέλθει αλληλοκατανόηση, αλληλοεκτίμηση και αλληλοβοήθεια, τόσο πιο βελτιωμένη θα είναι η προσφορά προς τον άρρωστο, το κεντρικό μας σημείο, ο στόχος των ενεργειών μας που τόσο πολύ ξεχνούν την ύπαρξή του. Και σε κάθε Τμήμα του Νοσοκομείου υπάρχει ο ηγέτης, η κατευθυντήρια οντότητα που πρέπει να ξεχωρίζει, να κατορθώνει να επιβάλει γνώμες με χαμόγελο και καλοσύνη αλλά κυρίως με ορθή κρίση και προσέγγιση.

Η Προϊσταμένη κάθε τμήματος που έχει κυρίως αρρώστους διαφόρων ειδικοτήτων στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο είναι αυτόματα και αναμφισβήτητα ο κεντρικός άξονας κάθε ενέργειας και κάθε πράξης που έχει σχέση με όλους στην περιοχή που ελέγχει. Και εάν τούτο δεν κατανοηθεί καθ' ολοκληρία, όχι τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους βοηθούς θαλάμων, αλλά από τους ιατρούς ανεξάρτητα από τη στάθμη στην οποία

βρίσκονται, η επικοινωνία και η σύνδεση όλων θα υπολείπεται, θα είναι σε βάρος της νοσηλείας των αρρώστων. Εν τέλει θα είναι σε βάρος της δικής μας ψυχολογικής ηρεμίας και της συνεργασίας του Τμήματος. Ας είναι λοιπόν η σημερινή μας παρουσία εδώ μια εναρκτήρια προσπάθεια για την οργάνωση ενός καινούριου εκπαιδευτικού προγράμματος λειτουργίας με αρχή την ψυχολογική υποστήριξη των λειτουργών υγείας και όλων των συνεργατών μας. Ένα τμήμα του Νοσοκομείου που φαίνεται χωρίς πρόσωπο είναι επίσης το Χειρουργείο. Έτσι, πιστεύω πολύ σωστά ότι η νέα προσπάθεια που γίνεται στον << Άγιο Σάββα >> για την υποδοχή των αρρώστων από μία Νοσηλεύτρια, χωρίς μάσκα, που συζητά για λίγο πριν να περάσει ο άρρωστος στο πραγματικό κρεβάτι του χειρουργείου, βοηθά την ηρεμία που πρέπει να έχουν όλοι πριν από τη γενική τους νάρκωση.

Ένας καινούριος θεσμός έχει ήδη αρχίσει στη Χώρα μας και γρήγορα συνειδητοποιείται η ανάγκη επέκτασής του. Είναι ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας. Ο καρκινοπαθής που υπέστη ήδη την ενεργό θεραπευτική του αγωγή δεν μπορεί, ίσως και δεν πρέπει να παραμένει στο Νοσοκομείο. Είναι σωστό να επανέρχεται στο δικό του περιβάλλον με τη χαλαρή σύνθεσή του, χωρίς τη σχετική πειθαρχία που υπάρχει πάντοτε στο περιβάλλον του Νοσοκομείου, που μπορεί να είναι και απρόσωπο με τη συνεχή εναλλαγή της νοσηλευτικής υποστήριξης.

Στο σπίτι το περιβάλλον που μένει ο άρρωστος με καρκίνο χρειάζεται αποκατάσταση, μικρή συνεχιζόμενη φροντίδα, ή και πιο έντονη φαρμακευτική αγωγή, όπως χημειοθεραπεία. Και η νοσηλεία στο σπίτι, με τη γενική αναφορά του όρου νοσηλεία, είναι ένας νέος φορέας νοσηλευτικής. Ένας φορέας που μπορεί να βρίσκεται σε συνδυασμό και εξάρτηση με το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο, όπως μπορεί να έχει και χαλαρή μόνον σχέση με ένα Νοσοκομείο και να κατεθύνεται από μία αντικαρκινική Εταιρεία. Η νοσηλευτική ομάδα που επισκέπτεται το σπίτι είναι απλή σε σύνθεση ή είναι και πολύπλευρη. Ίσως η πρώτη επίσκεψη να πρέπει να είναι πιο οργανωμένη, αλλά οι τακτικές επικοινωνίες στο σπίτι δεν χρειάζονται ιατρό, αφού η νοσηλεύτρια μπορεί να δημιουργήσει με τον άρρωστο τις κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε να αρχίζει να εκδηλώνει συναισθήματα, να βλέπει τις κοινωνικές δυνατότητες, τις οικονομικές ανάγκες. Συχνά η νοσηλεύτρια αντικαθιστά τους αμέσους συγγενείς, αφού θέλει μαζί της να αναλύσει περισσότερο τις καθημερινές αντιδράσεις του. Τούτο δημιουργεί και επιθετικότητα του αμέσου περιβάλλοντος, που μπορεί να μεταφερθεί και σε

όλη την ομάδα, ή και μόνον στη νοσηλεύτρια, αφού αυτή του προσφέρει ιατρικές συμβουλές, πολυσύνθετες φροντίδες, υποστήριξη σκέψεων, αντικαθιστά την επικοινωνία ενός ιερωμένου που στην Ελλάδα, και κυρίως στις μεγάλες πόλεις, δεν είναι διαθέσιμος, ή και τόσες άλλες φροντίδες. Και η επαφή στο σπίτι πρέπει να γίνει τόσο συγκεκριμένη ώστε να είναι συγχρόνως απόλυτα αποδοτική αλλά τυπικά ουδέτερη, ώστε ο άρρωστος και το περιβάλλον να μην εξαρτηθεί από την επικοινωνία αυτή. Να μην αρχίσει, δηλαδή, καθημερινή τηλεφωνική επαφή για κάθε ερώτημα καθημερινής ζωής. Η αποκατάσταση επομένως της καθημερινότητας μέσα στην οικογένειά του και η δυνατότητα συνέχισης της κοινωνικής ζωής του καρκινοπαθούς αποτελεί τη βάση του προγράμματος << νοσηλεία στο σπίτι >>.

Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα της νοσηλευτικής υπηρεσίας για τον καρκίνο έχει, όπως αναπτύχθηκε, μια ευρύτητα στόχων. Αυτόματα, ο κάθε νοσηλευτής επιλέγει τον τομέα δράσης του που αντανακλά συνήθως την εργασία του στην πιο μειωμένη επικοινωνία φόρτισής του. Αλλά, σε οποιαδήποτε μονάδα και εάν βρίσκεται, χρειάζεται να συνειδητοποιεί ότι η βοήθεια του κοινωνικού συνόλου με τους εσωτερικούς βιολογικούς ρυθμούς του καθενός είναι ο σκοπός της καθημερινής απόδοσής του. Και η επιτυχία της δράσεως μιας νοσηλεύτριας εξαρτάται από την προσφορά αυτή, χωρίς να αλλοτριώσει την προσωπικότητά της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βασιλόπουλος Π. "Αρχές και προβλήματα στην ογκολογία". Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1989.

Γαρδίκας Κ. "Ειδική Νοσολογία" Εκδόσεις: Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1981.

Γουλιά Ε. "6^ο Διεθνές Συνέδριο για την καρκινολογική Νοσηλευτική". Νοσηλευτική (1) Ιανουάριος - Μάρτιος 1991 pp 35-40. Εκδόσεις: "BHTA MEDICAL ARTS", Αθήνα 1991.

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία "Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου". Εκδόσεις: "BHTA MEDICAL ARTS", Αθήνα 1991.

"Ελληνική Χειρουργική" τόμος 57, Τεύχος 1, 3μηνιαία έκδοση της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Ιανουάριος - Μάρτιος 1985.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου". Υπηρεσία επίσημων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, pp 70-75 L-2985 Luxemburg Μάρτιος 1988.

Guyton A. "Φυσιολογία του ανθρώπου". Εκδόσεις Λίτσας, 3^η Έκδοση, Αθήνα 1984.

Harrison T.R. "Εσωτερική Παθολογία", τόμος Β' έκδοση 10^η Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός. Μετάφραση - Επιμέλεια: Βαγιωνάκης Α. - Βαρώνος Δ., Αθήνα 1984.

Καστρινάκη Α., Μπαρμπούνη - Κωνσταντάτου, Κατσιγιάννη Α.
"Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον καρκινοπαθή", πρακτικά
από το Σεμινάριο Νοσηλευτριών, Αθήνα 3-5 Ιανουαρίου 1989.

Κογιάς Ι. Α. "ΩΤΟΡΥΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ.
Παρισιανός, Αθήνα 1974.

Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Νοσηλευτική παθολογική -
χειρουργική" τόμος Β', μέρος 2^ο, έκδοση 11^η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ",
Αθήνα 1989.

Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Νοσηλευτική γενική παθολογική -
χειρουργική" τόμος Α', έκδοση 12^η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα,
Σεπτέμβριος 1989.

Νέστωρ Α. "Αλλαγή σωματικής εικόνας σε ασθενή με μόνιμη τραχειοτομή",
πρακτικά από την ημερίδα του ΤΟΜΕΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, Αθήνα 6 Φεβρουαρίου 1992.

Χελιδόνης Σ. Ε. "Σύγχρονη Ω.Ρ.Λ." Ιατρικές Εκδόσεις: "Π.Χ. Πασχαλίδης",
Αθήνα 1990.

Χρυσίκου Ι. " ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ" Επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Κ.
Παρισιανός" Αθήνα 1971.

Σαχίνη - Καρδάση Ά., Πάνου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική" τόμος 1^{ος} επανέκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ MEDICAL
ARTS", Αθήνα 1985.

